

A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CURITIBA:

RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO SOBRE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

NAVEGADORSUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde



Organização
Pan-Americana
da Saúde

110
110º ANIVERSÁRIO



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

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

**A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO AS
CONDIÇÕES CRÔNICAS EM CURITIBA:
RESULTADOS DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO
SOBRE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Organizadores:

Simone Tetu Moysés
Antonio Dercy Silveira Filho
Samuel Jorge Moysés

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas
de atenção à saúde baseadas na APS, nº 8

Brasília-DF

2013

© 2013 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

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

1.ª edição – 2013

Elaboração, distribuição e informações:

Organização Pan-Americana da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP. 70800-400, Brasília-DF

Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Setor de Autarquias Sul, Ed. Terra Brasília, Quadra 01, Bloco N, 14º andar
CEP. 70070-010, Brasília-DF

Organizadores:

Simone Tetu Moysés
Antonio Dercy Silveira Filho
Samuel Jorge Moysés

Revisão técnica:

Elisandrêa S. Kemper

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Às equipes de saúde da família da UBS Alvorada, UBS Barigui, UBS Caiuá, UBS Sabará, UBS Waldemar Monastieur, UBS Irmã Tereza Araújo e UBS Moradias Belém, às equipes NAAPS CIC 2 e NAAPS Boqueirão que, com dedicação e profissionalismo, propuseram-se à reflexão de suas práticas e experimentaram novas abordagens de cuidado às Condições Crônicas, compreendendo a experiência do Laboratório de Inovações como uma oportunidade para a contribuírem com o fortalecimento e consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

NOTA

A publicação deste livro teve o apoio do Termo de Cooperação nº 43, firmado entre a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Ficha Catalográfica

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

A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: 2013.

390 p.: Il (NavegadorSUS).

1. Atenção Primária em Saúde 2. Condições Crônicas 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Inovação na Gestão. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

Sumário

Apresentação I	11
Apresentação II	13
Apresentação III	15
Capítulo 1 – Contextualização do SUS-Curitiba	17
1.2 Processo histórico de construção do modelo de atenção em Curitiba: estruturação e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde.....	28
1.3 Do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas e Agudas nas Redes de Atenção à Saúde	47
Capítulo 2 – A Atenção Programada à Saúde em Curitiba e a experiência no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas	53
2.1 A Experiência do Programa Mãe Curitibana.....	55
2.2 A Experiência do Programa de Controle do Tabagismo	65
2.3 A Experiência da Área de Alimentação e Nutrição	72
2.4 A Experiência do Programa de Atividade Física e Práticas Corporais	81
2.5 A Experiência do Programa de Fisioterapia	85
2.6 A Experiência da área de saúde bucal.....	93
2.7 A Experiência do Programa de Saúde Mental	102
2.8 Gestão da Clínica e a construção das diretrizes clínicas.....	109
2.9 Gestão por Resultados em Curitiba: POA, IDQ e Contrato de Gestão.....	116
2.10 Abordagem Motivacional para Mudança de Comportamento	125
Capítulo 3 – A criação do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba (LIACC)	131
3.1 Justificativa de seu enfoque	133
3.2 Definição das Condições Crônicas trabalhadas	139
3.3 Desenho do Modelo de Intervenção: Grupos Programáticos e Grupos Temáticos	143

Capítulo 4 – Tecnologias de Gestão da Clínica no Modelo de Atenção às Condições Crônicas	149
4.1 Revisão da Diretriz de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica...	151
4.2 Revisão da Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabetes Mellito tipo 2.....	163
4.3 Revisão da Diretriz Clínica da Depressão	179
4.4 Estratificação de Risco	186
4.5 Tecnologias de Mudanças de Comportamento.....	193
4.6 Cuidado Compartilhado (CUCO)	202
4.7 Apoio ao Autocuidado e Autocuidado Apoiado.....	213
4.8 O Controle Social e as Relações com a Comunidade.....	228
4.9 Educação Permanente em Saúde no LIACC: um novo marco político-pedagógico para os processos de ensino e aprendizagem em saúde na SMS Curitiba	239
4.10 Sistemas de Informação da Clínica.....	257
Capítulo 5 – A Pesquisa Avaliativa da Implantação do MACC em Curitiba.....	269
5.1 Referencial teórico	271
5.2 Desenho da Pesquisa Avaliativa	276
5.3 As Unidades amostrais.....	278
5.4 Construção dos Indicadores de Avaliação	283
5.5 Validação Transcultural dos Instrumentos para Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas	290
5.6 Resultados processuais da implantação do MAAC nas UBS de Curitiba	310
5.7 Relatos das Experiências de Implantação do MACC em Curitiba pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família das UBS e NAAPS do LIACC	327
Capítulo 6 – A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de futuro	345
Referências Bibliográficas.....	379

Lista de Figuras

Figura 1.	Dados gerais da cidade de Curitiba e distribuição espacial dos bairros, 2012.....	18
Figura 2.	Rede de Atenção à Saúde de Curitiba. Distribuição de Unidades Municipais de saúde por divisão dos Distritos Sanitários, 2012.....	22
Figura 3.	Pirâmides etárias de Curitiba, 1980 e 2010	26
Figura 4.	Coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Curitiba, de 1997 a 2011	60
Figura 5.	Redução de morte materna por 100 mil nascidos vivos, Curitiba	61
Figura 6.	Material educativo – Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba	67
Figura 7.	Protocolo de Orientações para o Profissional de Saúde na Abordagem Mínima do Tabagismo	68
Figura 8.	Material educativo – Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba	69
Figura 9.	Percentual de déficit nutricional na população usuária das UBS da SMS de Curitiba – 2001/2011	75
Figura 10.	Percentual de excesso de peso na população usuária das UBS da SMS de Curitiba – 2001/2011	75
Figura 11.	Políticas públicas municipais em saúde bucal em Curitiba	96
Figura 12.	Linha de cuidado para a saúde periodontal.....	98
Figura 13.	Estratégia em saúde bucal visando realizar o tratamento odontológico para pessoas com doença periodontal, segundo o modelo das condições crônicas	101
Figura 14.	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS	134
Figura 15.	Coeficiente de mortalidade segundo alguns capítulos do CID-10 (por 10.000 hab.) Curitiba – 1996 a 2011	140
Figura 16.	Algoritmo de Rastreamento e Diagnóstico de HAS.....	152
Figura 17.	Algoritmo 1 – Rastreamento e diagnóstico de DM2.....	165
Figura 18.	Algoritmo de saúde bucal.....	175
Figura 19.	Fluxograma de utilização do PHQ.....	181
Figura 20.	Planilha de Cuidado Compartilhado	205
Figura 21.	Exemplo de metas da atenção ao portador de DM2.....	208
Figura 22.	Fluxo de atividades e encaminhamentos realizados durante reuniões do CUCO.....	211
Figura 23.	O autocuidado apoiado.....	214
Figura 24.	Modelo de caderneta de Autocuidado Apoiado.....	220
Figura 25.	A escolha de comportamentos-alvo.....	221

Figura 26.	A tomada de decisão	222
Figura 27.	A pactuação	223
Figura 28.	Roteiro de entrevista para apoio ao autocuidado	224
Figura 29.	Planilha de monitoramento	225
Figura 30.	Planilha de Autocuidado Apoiado	226
Figura 31.	Orientações para a equipe de saúde para a instituição do Apoio ao Autocuidado	227
Figura 32.	A Tríade de Competências	240
Figura 33.	Configuração do Sistema Informatizado desenvolvido pela SMS Curitiba (1998/2012)	259
Figura 34.	Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa Hipertenso	261
Figura 35.	Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa Diabético.....	262
Figura 36.	Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa de Saúde Mental.....	263
Figura 37.	Configuração do Sistema Informatizado para Alertas e Lembretes	264
Figura 38.	Representação gráfica do modelo de avaliação	273
Figura 39.	A matriz de avaliação	274
Figura 40.	Esquema de seleção das UBS participantes do LIACC.....	277
Figura 41.	Localização geográfica das UBS selecionadas	278
Figura 42.	Perfil de distribuição da população cadastrada por UBS de acordo com sexo, renda e escolaridade	281
Figura 43.	Passos para o processo de validação transcultural	293
Figura 44.	Linha do tempo das ações do LIACC.	311

Lista de Quadros

Quadro 1.	Exemplos de Diretrizes construídas na SMS Curitiba.....	112
Quadro 2.	Comparação entre modelos de educação.....	127
Quadro 3.	Atividades dos grupos programáticos e temáticos no LIACC Curitiba.....	145
Quadro 4.	Principais fatores de risco à HAS.....	153
Quadro 5.	Medidas de prevenção primária de HAS.....	154
Quadro 6.	Classificação da pressão arterial para pessoas com 18 anos ou mais.....	154
Quadro 7.	Lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas à HAS.....	155
Quadro 8.	Estratificação do risco cardiovascular global das pessoas com HAS.....	156
Quadro 9.	Plano de cuidado de pessoas com HAS.....	156
Quadro 10.	Periodicidade das avaliações na UBS das pessoas inscritas no Programa de Atenção à HAS.....	161
Quadro 11.	Planilha de programação da atenção à HAS.....	161
Quadro 12.	Principais fatores de risco para DM2.....	167
Quadro 13.	Plano de cuidado do portador de DM2.....	169
Quadro 14.	Estratificação de risco da população em relação ao DM2.....	172
Quadro 15.	Roteiro, ações e condutas na avaliação rápida do pé diabético.....	173
Quadro 16.	Classificação do pé diabético quanto ao risco de ulcerações.....	174
Quadro 17.	Organização da atenção ao DM2.....	176
Quadro 18.	Planilha de programação da atenção ao DM2.....	177
Quadro 19.	Patient Health Questionnaire – PHQ.....	180
Quadro 20.	Estratificação de risco da depressão.....	182
Quadro 21.	Organização da atenção à depressão.....	183
Quadro 22.	Organização da atenção à depressão de acordo com o estrato de risco.....	184
Quadro 23.	Estratificação de risco da Depressão.....	191
Quadro 24.	Estratégias da equipe de saúde de acordo com o estágio de motivação para a mudança.....	194
Quadro 25.	Fundamentos da entrevista motivacional.....	195
Quadro 26.	Metas da entrevista motivacional.....	196
Quadro 27.	Orientações para a resolução de problemas.....	197
Quadro 28.	Postura recomendada para o coordenador de grupos.....	201
Quadro 29.	Metas para o acompanhamento no Cuidado Compartilhado para as condições crônicas HAS, DM2 e Depressão.....	212

Quadro 30.	O cuidado tradicional e o cuidado colaborativo.....	215
Quadro 31.	Competências específicas por categoria profissional.	252
Quadro 32.	Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de HAS	287
Quadro 33.	Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de DM2	288
Quadro 34.	Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de Depressão	289
Quadro 35.	Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC	291

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Distribuição da população cadastrada por UBS de acordo com sua vinculação aos Programas de DM2, HAS e Depressão	282
Tabela 2.	Resultados do ACIC.....	313
Tabela 3.	Resultados do PACIC.....	314

Lista de Fotografias

Foto 1.	Usuária de uma UBS em Curitiba fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).....	16
Foto 2.	Fachada de uma UBS fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).....	23
Foto 3.	Espaço Saúde fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).	24
Foto 4.	UBS Moradias Belém fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).....	32
Foto 5.	Atendimento domiciliar fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).	40
Foto 6.	Usuária vinculada ao Programa de Hipertensos e Diabéticos fotógrafo: Laelson Lucas – SMCS/PMC).	51
Foto 7.	A atenção à gestante no Programa Mãe Curitibana fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	56
Foto 8.	O programa Pai Presente fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	57
Foto 9.	A atenção no Programa Mãe Curitibana fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	62
Foto 10.	A atenção em saúde bucal no Programa Mãe Curitibana fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	64
Foto 11.	A “Greve do Fumo” em Curitiba Arquivo Secretaria Estadual da Saúde do Paraná)	65
Foto 12.	A “Greve do Fumo” em Curitiba Arquivo Secretaria Estadual da Saúde do Paraná).....	71
Foto 13.	Atividade no Grupo de Alimentação e Nutrição desenvolvida pelos NAAPS fotógrafo: Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro).....	79
Foto 14.	Atividade no Grupo de Alimentação e Nutrição desenvolvida pelos NAAPS fotógrafo: Karyne Sant’ana Gonzales Gomes).....	80
Foto 15.	Atividade no Grupo de Adultos e Idosos pelos NAAPS fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	82
Foto 16.	Atividade no Grupo de Adultos e Idosos pelos NAAPS fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).	84

Foto 17.	Fisioterapia na UBS Caiuá fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS/PMC).....	91
Foto 18.	Fisioterapia na UBS Caiuá fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS/PMC).....	92
Foto 19.	O cuidado compartilhado na UBS Modarias Belém fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).....	108
Foto 20.	A organização da atenção em saúde fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).....	124
Foto 21.	Atividades em grupo no Espaço Saúde, UBS Alvorada fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).....	136
Foto 22.	A avaliação de saúde bucal de usuários, UBS Waldemar Monastier fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS-PMC).....	160
Foto 23.	Controle da pressão arterial de usuária da UBS Barigui fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS-PMC).....	192
Foto 24.	Atendimento na UBS Alvorada fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).....	319
Foto 25.	Usuária da UBS Alvorada fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).....	325
Foto 26.	Equipes de Saúde da Família UBS Alvorada fotógrafo: Everson Bressan – SMCS, PMC).....	354
Foto 27.	Equipes de Saúde da Família UBS Barigui fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC).....	356
Foto 28.	Equipes de Saúde da Família UBS Caiuá fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC).....	359
Foto 29.	Equipes de Saúde da Família UBS Irmã Tereza Araújo fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC).....	361
Foto 30.	Equipes de Saúde da Família UBS Morarias Belém fotógrafo: Everson Bressan – SMCS, PMC).....	363
Foto 31.	Equipes de Saúde da Família UBS Waldemar Monastier fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS, PMC).....	365
Foto 32.	Equipes de Saúde da Família UBS Sabará fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC).....	367

Apresentação I

Esta publicação é um dos resultados do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas na APS, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que teve como objetivo produzir e identificar inovações no manejo das condições crônicas na Atenção Primária em Saúde (APS).

Os Laboratórios de Inovação são estratégias que visam identificar e qualificar inovações em saúde e contribuir para a disseminação e o compartilhamento de soluções entre gestores e atores interessados em determinado tema. O foco é em soluções inovadoras que se destinam a produzir respostas a um problema real e que trazem benefícios à população. Ou seja, não basta ser uma novidade ou uma sofisticação tecnológica, mas, sim, interessa o valor agregado que essa inovação traz para a sociedade.

Partindo desse pressuposto e de que o SUS é um grande laboratório de experiências, a OPAS vem desde 2008 conduzindo a estratégia dos Laboratórios de Inovação, com parceiros que apostam e acreditam no potencial dos gestores do SUS em produzir inovações. No caso do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas, a parceria OPAS e Conass trabalhou no sentido de enfatizar a necessidade do enfrentamento das doenças crônicas, bem como de produzir evidências do que está provocando mudanças e respostas positivas.

O Laboratório objetivou focar nas soluções inovadoras para o problema da hegemonia das condições crônicas, que desafiam os sistemas de saúde de todos os países, e enfrentar, com efetividade, eficiência e qualidade, esse problema.

Com base nisso, o grupo de trabalho do Laboratório de Inovação acompanhou, no município de Curitiba-PR, o desenvolvimento da utilização de algumas ferramentas do modelo de atenção às condições crônicas para o SUS, com intuito de produzir evidências de que essas ferramentas produzem de fato melhorias nas condições de saúde da população portadora de condições crônicas.

Curitiba implementou as ferramentas do modelo de atenção às condições crônicas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), atuando com equipes do Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), no manejo da hipertensão arterial, diabetes melitus e depressão na Atenção Primária em Saúde. Esse modelo foi expandido a outras seis UBS as quais foram avaliadas

por meio de uma pesquisa conduzida pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Os resultados dessa pesquisa e do Laboratório de Inovação podem ser visualizados nesta publicação, dedicada a apresentar uma experiência municipal exitosa, a qual mostrou ser possível produzir inovações em saúde e que demonstrou mais uma vez a importância do trabalho multidisciplinar, do apoio, investimento e envolvimento da gestão, das estratégias de apoio ao autocuidado, o envolvimento da comunidade, entre outros.

É com muita satisfação que as instituições coordenadoras do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas na APS, OPAS e Conass, apresentam esta publicação, esperando contribuir para o fortalecimento da APS no SUS e para a mudança do modelo de atenção no sentido de acompanhar as transições epidemiológicas, demográficas, nutricionais, culturais e produzir serviços de saúde de qualidade, equitativos e voltados às necessidades em saúde da população.

Essa experiência contou com o apoio e parceria do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Joaquín Molina
Representante da OPAS/OMS no Brasil

Wilson Alecrim
Presidente do Conass

Apresentação II

O aumento da expectativa de vida dos curitibanos e as mudanças do perfil da saúde e doença exigem da gestão municipal uma nova forma de pensar e agir na formulação das políticas públicas. A saúde da população é uma das prioridades em nosso governo. É preciso enfrentar resolutivamente as novas necessidades de atenção à saúde, cada vez mais presentes nas famílias curitibanas, independentemente da classe social. Famílias que, na maioria das vezes, partilham histórias de vida com pessoas que exigirão, por muito tempo, um acompanhamento contínuo por parte das equipes de saúde e de outras equipes que atuam nas políticas sociais. Em particular, interessa destacar aqui aquelas pessoas portadoras de alguma doença/condição crônica. Essas doenças não podem representar para esses cidadãos uma perda na capacidade produtiva e, muito menos, limitar-lhes o exercício da cidadania plena. Por isso é tão importante o apoio das equipes de Atenção Primária em Saúde da Família.

A experiência aqui relatada vem ao encontro da busca de garantia da saúde a esses cidadãos, propondo um novo modo de operar os espaços de produção da saúde. O objetivo é instituir abordagens contínuas com acompanhamentos em grupos colaborativos que têm a clara finalidade de ampliar a autonomia desses cidadãos e de suas famílias e as competências da própria equipe de saúde, em lidar com as doenças/condições crônicas.

Tais abordagens beneficiarão essas pessoas muito mais do que se simplesmente realizassem consultas médicas individuais, episódicas, fragmentadas no tempo e precárias na qualidade. Isso porque toda terapêutica típica do modelo exclusivamente biomédico tem seu limite, especialmente quando se trata de doenças tão complexas, tão afetas às condições e estilos de vida quanto são as crônicas.

A experiência de manejo e cuidado das condições crônicas, aqui relatada, iniciou-se na Unidade Básica de Saúde Alvorada e depois se expandiu para outras seis unidades de Curitiba. As novas tecnologias de manejo experimentadas pelas equipes mantiveram como enfoque prioritário a busca de melhorar o cuidado da hipertensão arterial, do diabetes e da depressão. Reorganizou-se o modo de produzir a atenção à saúde, com a experimentação de novas tecnologias de cuidado, de educação em saúde, de organização de grupos operativos, dentre

outras ações. É uma experiência que merece ser amplamente divulgada, para que a centralidade das necessidades dos usuários do sistema de saúde seja, cada vez mais, o foco na organização dos sistemas de saúde no Brasil.

Esse é um Estudo de Caso elaborado a partir do “Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde” no marco das Redes de Atenção à Saúde em Curitiba – Projeto 2012-2013. Trata-se de uma pesquisa avaliativa conduzida pela PUCPR, firmada por meio de um acordo de cooperação do município com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), agora divulgada.

Os conhecimentos produzidos pelas equipes de Curitiba visam colaborar com a discussão dos novos rumos da saúde no Brasil, na certeza da necessidade de se fortalecerem meios para que o Sistema Único de Saúde seja cada vez mais um bem público inalienável do povo brasileiro. Curitiba se sente honrada em participar da construção sólida desse Sistema.

Gustavo Fruet
Prefeito Municipal de Curitiba

Apresentação III

Participar do Laboratório de Inovações no Cuidado às Condições Crônicas é uma grande honra e uma clara demonstração da solidez e maturidade do sistema de saúde de Curitiba. Muito já se avançou em relação à consolidação do SUS no município, mas as mudanças de perfis – populacional, epidemiológico, nutricional – trazem novos desafios e a necessidade de inovação, tanto na atenção quanto na gestão e avaliação dos agravos à saúde e seus enfrentamentos.

Por isso, é fundamental a promoção de novos avanços de nosso sistema de saúde com a expansão das modalidades estratégicas da Atenção Primária em Saúde, tais como a Estratégia Saúde da Família, os Consultórios na Rua e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, visando cobrir o maior número de famílias curitibanas, simultaneamente a mudanças nos processos de trabalho dessas equipes e de participação dos trabalhadores e usuários na gestão da saúde.

As condições/doenças crônicas exigem das equipes um olhar e atenção diferenciados, que se traduzem num acompanhamento contínuo, conforme o grau de evolução das doenças, mas também na busca de antecipação preventiva evitando a ocorrência das mesmas, bem como a promoção ampla da saúde, proporcionando acesso e atenção de qualidade com intervenções coerentes a cada situação.

A experiência aqui relatada se iniciou num projeto-piloto na Unidade Básica de Saúde Alvorada. Posteriormente, o projeto foi expandido para outras seis Unidades, mantendo como enfoque prioritário o cuidado a diabetes, depressão e hipertensão arterial. Dessa forma, foi possível testar as tecnologias de manejo dos usuários e implementar novas formas na relação desses usuários com as equipes de Saúde da Família. A ênfase na experimentação do “cuidado compartilhado” e do “autocuidado apoiado”, tecnologias que, além do fortalecimento dos vínculos e capacitação dos usuários e das famílias para o autocuidado, promovem mudanças na relação entre usuários e equipes de saúde, é o exemplo de que é possível aprimorar e melhorar as maneiras de trabalhar o cuidado coletivo e a clínica ampliada no SUS.

A experiência relatada tem como finalidade proporcionar elementos para que todas as equipes de Saúde da Família venham a desenvolver novas maneiras de cuidar dos usuários com condições crônicas em seus territórios de

responsabilidade. Entre os resultados, estão o uso de tecnologias de atenção à saúde que fomentaram novas formas de agir, a melhoria na relação das equipes de Saúde da Família com seus usuários e famílias, a redistribuição de poderes e responsabilidades, além da valorização dos diferentes conhecimentos envolvidos em cada caso. Assim, foram desenvolvidas mútuas habilidades e capacidades entre todos os envolvidos.

Nessa inovadora experiência, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) foi a instituição parceira que acompanhou e pesquisou o seu desenvolvimento, bem como analisou os resultados. É possível perceber no relato a seriedade e a solidez desse trabalho acompanhado pelo Laboratório de Inovações da OPAS e pelo Conass, com apoio do Ministério da Saúde, do Conasems e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, mediante parceria firmada com a Prefeitura de Curitiba por meio da Secretaria Municipal da Saúde. Essa publicação visa compartilhar os aprendizados e desafios identificados, na certeza de que o SUS precisa avançar sempre para ajudar a promover uma sociedade mais saudável, justa e equânime.

Adriano Massuda

Secretário Municipal de Saúde de Curitiba



Foto 1. Usuária de uma UBS em Curitiba (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC)

Capítulo 1 – Contextualização do SUS-Curitiba

*Antonio Dercy Silveira Filho
Inês Kultchek Marty
Nilza Terezinha Faoro*

“A angústia é a vertigem da liberdade” (Søren Kierkegaard)

1.1 O município de Curitiba e o setor saúde

Capital do estado do Paraná, Curitiba foi fundada em 29 de março de 1693. A mineração e a agricultura de subsistência foram as principais atividades econômicas até meados do século XVII. Cresceu a partir do ciclo econômico baseado na atividade pecuária nos séculos XVIII e XIX. Compondo a Região Sul do Brasil, passou a receber imigrantes europeus pela estrada de ferro Paranaguá-Curitiba que ligou o litoral ao primeiro planalto paranaense durante o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão no final do século XIX. Ao longo do século XX passou pelo processo de industrialização. Imigrantes vindos de todos os continentes mudaram a vida em Curitiba incorporam novos modos de ser e agir na cidade, resultando num miscigenado cadinho cultural. Seus cidadãos valorizam ainda hoje suas raízes étnicas em festas religiosas e cívicas. A memória dos seus antepassados é também referenciada na culinária, dança e música. As diferentes etnias estão representadas em memoriais da imigração nas praças, parques e bosques, convidativos à visita. Na segunda metade do século XX, Curitiba recebe intensa migração do interior do estado, em virtude da industrialização, especialmente nos anos 1970⁽¹⁾.

Com território de 432 km² quase totalmente ocupado, situa-se num altiplano a 934 metros acima do nível do mar. Carente de marcos de paisagem da natureza, criou seus atrativos a partir da intervenção humana e ciências por meio do planejamento urbano.

Apesar de contínuos investimentos, Curitiba enfrenta os mesmos desafios das grandes metrópoles. Sua Região Metropolitana é formada por 26 municípios,

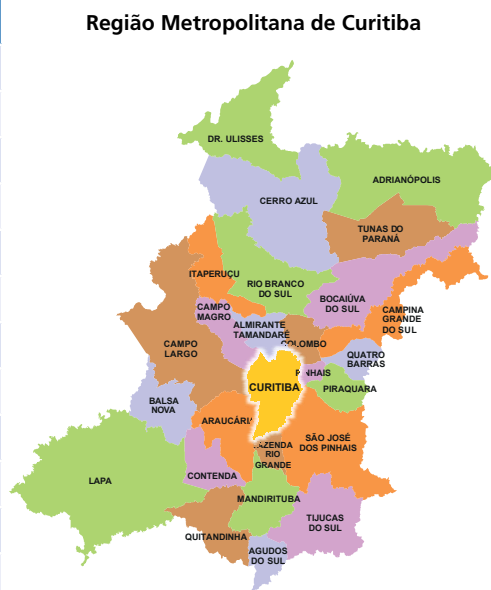
com uma população de 3.168.980 habitantes⁽²⁾, com taxa anual de crescimento de 3,02 %, superior à média verificada nos demais centros urbanos (1,53% ao ano). O urbanismo da cidade, sempre repensado com enfoque humanista, volta-se para a preservação da qualidade de vida dos cidadãos curitibanos. Com aproximadamente 82 milhões de m² de áreas verde, Curitiba tem um dos melhores índices do país, destinando 52 m²/habitante.

Os cuidados com o meio ambiente passam a fazer parte da cultura dos curitibanos e são importantes polos de atração turística. Cultura, saúde e meio ambiente são valores da cidadania curitibana, características de um povo atuante, presente e negociador, especialmente na determinação das políticas públicas, exigente por respostas adequadas do setor público às necessidades comunitárias⁽³⁾.

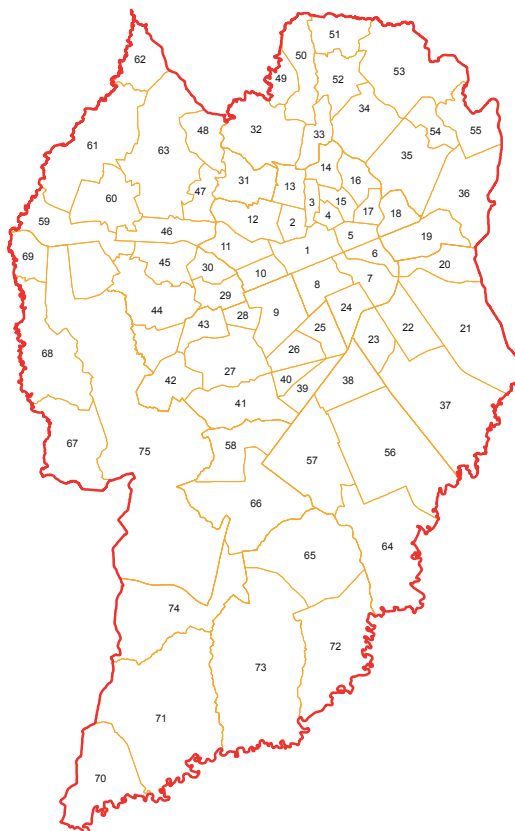
A Figura 2 apresenta informações gerais da cidade e o mapa da distribuição espacial de seus bairros.

Figura 1. Dados gerais da cidade de Curitiba e distribuição espacial dos bairros, 2012

DADOS DE CURITIBA	
Área	430,9 km ²
População	1.751.907 hab. (IBGE/2010)
Bairros	75
Relevo	Levemente ondulado
Área verde por habitante	52 m ²
Extensão Norte-Sul	35 km
Extensão Leste-Oeste	20 km
Altitude média	934,6 m
Latitude	25°25'48" Sul
Longitude	49°16'15" Oeste
Fuso horário	Brasília
Clima	Temperado
Pluviosidade	1.500 mm/ano
Temp. média no verão	21°C
Temp. média no inverno	13°C



Bairros de Curitiba	
01 Centro	39 Fanny
02 São Francisco	40 Lindóia
03 Centro Cívico	41 Novo Mundo
04 Alto da Glória	42 Fazendinha
05 Alto da Rua XV	43 Santa Quitéria
06 Cristo Rei	44 Campo Comprido
07 Jardim Botânico	45 Mossunguê
08 Rebouças	46 Santo Inácio
09 Água Verde	47 Cascatinha
10 Batel	48 São João
11 Bigorrião	49 Taboão
12 Mercês	50 Abranches
13 Bom Retiro	51 Cachoeira
14 Ahú	52 Barreirinha
15 Juvevê	53 Santa Cândida
16 Cabral	54 Tingui
17 Hugo Lange	55 Atuba
18 Jardim Social	56 Boqueirão
19 Tarumã	57 Xaxim
20 Capão da Imbuia	58 Capão Raso
21 Cajuru	59 Orleans
22 Jardim das Américas	60 São Braz
23 Guabirota	61 Butiatuvinha
24 Prado Velho	62 Lamenha Pequena
25 Parolin	63 Santa Felicidade
26 Guaíra	64 Alto Boqueirão
27 Portão	65 Sítio Cercado
28 Vila Izabel	66 Pinheirinho
29 Seminário	67 São Miguel
30 Campina do Siqueira	68 Augusta
31 Vista Alegre	69 Riviera
32 Pilarzinho	70 Caximba
33 São Lourenço	71 Campo de Santana
34 Boa Vista	72 Ganchinho
35 Bacacheri	73 Umbará
36 Bairro Alto	74 Tatuquara
37 Uberaba	75 Cidade Industrial de Curitiba
38 Hauer	



Fonte: CURITIBA. PREFEITURA DE CURITIBA, 2012.

O sistema municipal de saúde tem se consolidado ao longo da história do município, com um processo de construção social e política que remonta da fundação da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1855), e, posteriormente, guiando-se pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nas últimas décadas do século XX.

Seguindo os preceitos teóricos da Atenção Primária à Saúde (APS), inicialmente promulgados na Conferência de Alma Ata e na Constituição Federal (1988) com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda pelas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e políticas implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), Curitiba tem buscado inovar no uso de tecnologias nas áreas de planejamento, gestão, avaliação e monitoramento, que concretizem os princípios organizativos do SUS⁽⁴⁻⁵⁾. Os avanços na organização da atenção à saúde, no suporte à decisão, na estruturação do sistema de prestação de serviços e de informação, de forma articulada com as demandas das comunidades, demonstram o compromisso com a garantia do acesso oportuno e contínua qualificação da atenção.

A responsabilidade por identificar, organizar e prover as necessidades sociais em saúde define as prioridades para uma população estimada hoje em 1.750 mil habitantes, com cerca de 70% utilizando os serviços assistenciais prestados no SUS municipal. No campo do planejamento, entende-se que esse deve ser participativo, portanto realizado em todos os níveis, com relevância aos três instrumentos básicos: Plano Plurianual de Saúde (PPS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório de Gestão (RAG). O PPS representa o planejamento coletivo das diretrizes da política pública de saúde, que propicia a participação de diferentes atores que constituem o controle social. É construído de forma ascendente, ou seja, inicia-se com as conferências locais/distritais de saúde, que contemplam o diagnóstico situacional local, e culminam na conferência municipal, englobando seus determinantes e condicionantes de saúde. Assim, com propriedade, levantam-se os problemas a serem enfatizados e resolvidos. A constante preocupação com o processo de monitoramento/avaliação das ações é evidenciada pela criação de uma cultura de avaliação institucional nas diferentes esferas de gestão, localmente nas UBS, nos Distritos Sanitários e no município. A criação de séries históricas e principalmente de redução de muitos indicadores de saúde faz com que as políticas de saúde sejam constantemente realinhadas aos

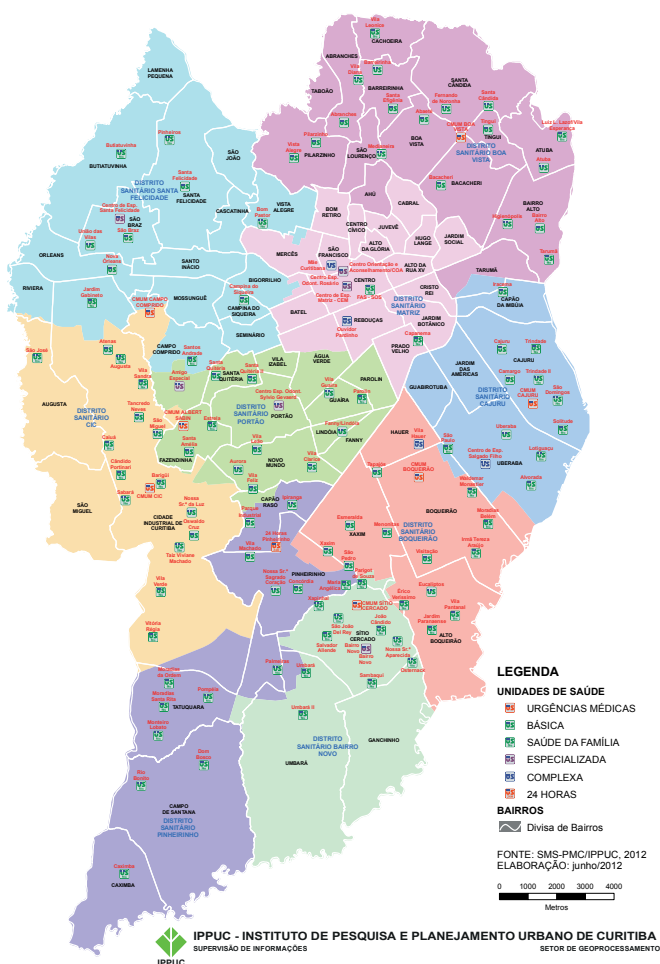
propósitos de impacto epidemiológico traduzidos em metas e resultados sociais. Dessa forma, Curitiba vem construindo historicamente sua saúde.

Com a municipalização proposta pelo Ministério da Saúde na década de 1990, a gestão municipal promoveu coerente processo de territorialização e regionalização, constituindo os Distritos Sanitários, unidades territoriais contínuas com relativa autonomia para o desenvolvimento de ações de saúde. Em sua base teórica, o conceito de Vigilância à Saúde que perpassa todas as ações estratégicas formuladas pelo setor saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS), com áreas de abrangência e populações definidas, compõem os Distritos Sanitários (DS) efetivando a atenção à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e assistência, buscando garantir o acesso acolhedor, humanizado e contínuo, sustentado pelos fortes vínculos entre usuários e equipes de APS⁽⁴⁾.

O número de equipamentos de saúde aumentou ao longo desses últimos anos (Figura 2). Em 2012 eram nove Distritos Sanitários, com 138 Equipamentos de Saúde distribuídos entre 54 UBS, 55 UBS com Estratégia de Saúde da Família, três Unidades Básicas de Saúde convencionais + Especialidades, oito Unidades Municipais de Pronto-Atendimento (UPA), oito Unidades de Saúde Especializadas, dez Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Hospitais Municipais, um Laboratório Municipal, além de contar com uma extensa rede de serviços conveniada. A estrutura de serviços hospitalares é composta por 79 hospitais sendo 35 Hospitais Gerais, 27 Hospitais Especializados, além de 17 hospitais-dia na Rede de Saúde Mental. Destes, 22 estabelecimentos são credenciados ao SUS, sendo oito UPA, quatro públicos, três universitários, dois municipais, totalizando 3.673 leitos disponíveis. Nos Serviços Ambulatoriais conveniados busca-se garantir a integralidade da atenção, com base nas necessidades dos usuários, ofertando serviços secundários como exames laboratoriais e especializados, órteses e próteses, fisioterapia, consultas médicas especializadas, radiologia, ecografia, entre outros. Também se garante oferta aos serviços terciários, como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear e tomografia computadorizada. Dentre os serviços de apoio, a Rede de Atenção à Saúde de Curitiba conta com 1 Laboratório Municipal que em 2011 realizou 2.919.112 exames laboratoriais, perfazendo uma média de 243.259 exames ao mês; 1 serviço de Ouvidoria da Saúde, interligado a uma central de atendimento da Prefeitura Municipal de Curitiba; 1 Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados que realizou

792.082 mil consultas e o agendamento de 587.466 mil exames especializados em 2011; e 1 Central de Leitos Hospitalares que realizou 163.898 internamentos em 2011, uma média de 13.658 mil interações ao mês⁽⁶⁾.

Figura 2. Rede de Atenção à Saúde de Curitiba. Distribuição de Unidades Municipais de saúde por divisão dos Distritos Sanitários, 2012



Fonte: Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, 2012.

Os equipamentos de saúde em Curitiba passaram por contínua modernização com o aumento do espaço físico da UBS baseado nos fundamentos da

ambiência, visando garantir maior adequação aos atos em saúde. Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Além disso, a incorporação do “Espaço Saúde” – espaço de aproximadamente 60m² – destinado às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, reuniões e dinâmicas de grupo, e a incorporação de tecnologias de informação, como o prontuário eletrônico integrado em rede, são algumas das inovações que foram produzidas com vistas à maior qualidade da atenção e ao conforto de usuários e profissionais de saúde.



Foto 2. Fachada de uma UBS (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).



Foto 3. Espaço Saúde (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).

A força de trabalho da SMS Curitiba em 2012 era constituída de aproximadamente 7.330 trabalhadores de saúde, atuando em equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde. Essas equipes contam com o apoio matricial dos Núcleos de Apoio em Atenção Primária (NAAPS) – a tradução local da política dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), compostos por profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

O crescimento desses serviços busca consolidar os Distritos Sanitários como regiões de saúde autônomas, interligadas de maneira inteligente, por sistemas de apoio e sistemas logísticos que garantam acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, sempre que necessário. Perceber onde e como as pessoas vivem e ter a capacidade de conformar as políticas de saúde de maneira a adequá-las ao perfil epidemiológico e arcabouço sociocultural local sempre foi um diferencial do sistema municipal de saúde de Curitiba. A força política dos diferentes atores

da saúde, em especial dos usuários, que dispõem de contínuos canais de comunicação com a gestão da saúde, por um lado, fomentam um olhar crítico sobre a realidade de saúde a ser enfrentada, e, por outro, a exigência de criatividade e coragem para produzir respostas inovadoras e resolutivas.

Dessa forma, a história da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) pode ser contada por meio de suas Conferências Municipal, Distrital e Locais de Saúde. Isso porque, no município, o controle social efetiva-se a partir das unidades de atenção. Em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) existem Conselhos Locais de Saúde (CLS), que seguem a paridade na sua constituição, sendo fundamentais na determinação dos rumos e efetivação das políticas de saúde. Com a missão de “planejar e executar a política de saúde para o Município de Curitiba, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados, monitorando doenças e agravos e realizando a vigilância sanitária sobre produtos e serviços de interesse da saúde, visando a uma população mais saudável”⁽⁷⁾, a Secretaria Municipal de Saúde, constantemente desafiada, tem de buscar adequar crescimento populacional, ocupação territorial, transformações na pirâmide etária e no perfil epidemiológico.

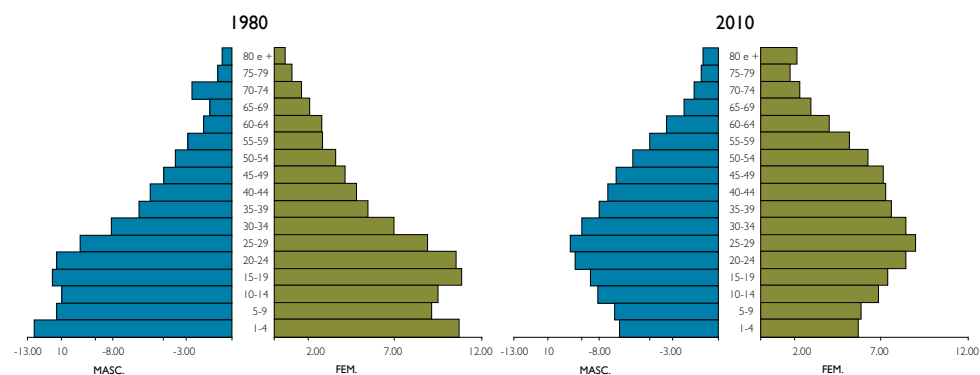
Embora a cidade tenha, ao longo dos anos, construído um sólido sistema de saúde, sustentado por uma relativa continuidade administrativa, com corpo gerencial constituído basicamente por servidores municipais de carreira, novos desafios em saúde se impõem e devem ser enfrentados. Nos últimos 20 anos, Curitiba sofreu uma profunda mudança na pirâmide etária da população (Figura 3). A população curitibana está envelhecendo. A população de 60 anos ou mais, que em 1980 correspondia a 5,5% da população total, em 2010 praticamente dobrou, passando para 11,3%^(2,7), e as estimativas apontam para um crescimento ainda maior dessa população até 2020. A diminuição na taxa de natalidade e o aumento dos idosos, bem como o aumento das condições crônicas em saúde e das causas externas, são algumas das transformações que imprimem importante mudança no quadro epidemiológico do município⁽⁷⁾. Transformações que culminam com o aumento e agravamento de certas condições, especialmente a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes melito tipo 2 e os problemas mentais, em particular a depressão.

Além disso, o intenso processo de urbanização, as mudanças comportamentais, a velocidade dos processos de comunicação, os valores e os novos

modos de ser e agir têm produzido na atualidade o aumento das violências em geral, sendo as decorrentes do trânsito e interpessoais as mais prevalentes.

Por outro lado, persistem ou emergem algumas doenças transmissíveis. Desse modo, Curitiba, como a maioria das cidades brasileiras, especialmente as de grande porte populacional, tem na tripla carga de doenças o grande desafio a ser enfrentado pelo sistema municipal de saúde.

Figura 3. Pirâmides etárias de Curitiba, 1980 e 2010



A migração para a capital, que foi grande em décadas anteriores, ainda persiste, mas não chega a ser um grave problema social. Porém, os hábitos da vida moderna como as mudanças de consumo nos hábitos alimentares, o tabagismo, o álcool, a inatividade física e o menor tempo para o lazer, têm produzido novos e grandes desafios para a saúde dos curitibanos. Portanto, o momento mais uma vez exige dos sistemas de saúde e de outras políticas uma grande energia criativa, investimentos sustentáveis e capacidade de inovação. Especialmente no cuidado às condições crônicas, torna-se crucial a experimentação de novas tecnologias em saúde que efetivamente tenham capacidade de produzir mudanças nos sujeitos e coletivos humanos, de maneira a possibilitarem que cada vez mais possam caminhar suas vidas de modo saudável e autodeterminado.

As novas tecnologias experimentadas no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas de Curitiba (LIACC) buscam inovar no atendimento implantando novas estratégias de cuidado, sejam individuais ou coletivos,

e transformando a atenção da saúde, repercutindo na qualidade do cuidado e de vida dos usuários e famílias assistidas.

As equipes de saúde da família que integraram o LIACC foram fundamentais para o sucesso da experiência, colaborando desde a sua fundamentação inicial até a sua efetivação. Esse livro apresenta e instiga novas ideias, propondo correções nos rumos da atenção à saúde e introduzindo tecnologias de cuidado que sejam mais efetivas. O LIACC ousou inovar com coragem, determinação e perseverança, tanto na gestão quanto na produção do cuidado em saúde. Pretende-se com esse livro dialogar a partir de alternativas possíveis e experimentadas, com todos os que desejam uma saúde coletiva de qualidade e que produzam melhores resultados para as pessoas beneficiadas.

1.2 Processo histórico de construção do modelo de atenção em Curitiba: estruturação e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde

Antonio Dercy Silveira Filho

Inês Kultchek Marty

Nilza Teresinha Faoro

No início do século XX, Curitiba, com aproximadamente 30.000 habitantes, já tinha características de capital de Estado, com as finanças da administração pública fortalecidas pelo preço da comercialização da erva-mate.

Na década de 1940, organizado pelo francês Alfredo Agache, Curitiba teve seu primeiro Plano Diretor de Urbanização, o “Plano Agache” (1943), que estabelecia linhas e normas fundamentais para ordenar o crescimento físico, urbano e espacial da cidade. Nessa época, o país vivia um momento de excedentes de divisas acumuladas durante a segunda guerra mundial. O crescimento no Paraná devia-se à intensa imigração no interior, em consequência da agricultura cafeeira em alta no mercado internacional⁽⁵⁾.

Na década de 1950, Curitiba atingiu o maior índice de crescimento populacional do Brasil, tendo como consequência a expansão da cidade e o início da sua industrialização em larga escala. Nesse período, o governo estadual responsabilizava-se pelas ações preventivas (imunização e saneamento), incentivando a realização de ações curativas pela iniciativa privada. Como consequência, a rede hospitalar privada em Curitiba teve um largo crescimento⁽⁵⁾.

Nos anos de 1964-1968, a administração municipal de Curitiba realizou uma importante reforma administrativa, criando o Departamento de Bem Estar Social, com a Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária. Construiu o Plano Municipal de Saúde Pública, com prioridade para a promoção e educação em saúde. A cooperação técnica entre a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), com a oferta de cursos para a formação técnica de recursos humanos, ampliava as ações das equipes de saúde das unidades básicas, para além de atividades clínicas. Alunos do curso estagiavam na Unidade Sanitária Municipal do Cajuru, inaugurada em 14 de novembro de 1964 no Clube da Associação dos Moradores do Cajuru, realizando o trabalho

de reconhecimento do território adjacente à Unidade. Isso introduzia precocemente a proposta de territorialização que foi amplamente valorizada anos mais tarde⁽⁵⁾. A equipe da Unidade era formada por um médico, um engenheiro sanitário e alguns auxiliares. Nesse período, foi realizado em Curitiba o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal e foram instalados os primeiros consultórios odontológicos dentro de escolas públicas municipais.

Nos anos de 1968-1971, foram ampliados os atendimentos nas Unidades Sanitárias com início das ações programáticas dirigidas a grupos de risco (gestantes, lactentes, infantes, crianças e adultos), a introdução do atendimento de enfermagem e a ampliação do atendimento odontológico ao escolar.

Mudanças radicais na infraestrutura urbana de Curitiba nos anos de 1971-1975 refletiam o contexto nacional. Em 1974 foram ampliados os serviços de atendimento médico para cinco unidades sanitárias, oferecendo-se serviços de orientação, consultas, injeções, vacinas, distribuição de medicamentos. Nesse período, funcionavam na cidade 12 consultórios odontológicos.

Em âmbito nacional, instituía-se em 1975 o Sistema Nacional de Saúde, passando o Ministério da Saúde a ser responsável pelas medidas de ordem coletiva e o Ministério da Previdência e Assistência Social pelas medidas de caráter médico-assistencial individual. Nessa época, o número de consultórios odontológicos aumentou para 13 em escolas públicas e as unidades de saúde eram agora 10 na cidade. Núcleos comunitários (Centro Social Urbano) integravam as Diretorias de Educação, Saúde e Serviço Social. Remonta dessa época o início da criação de um modelo assistencial e de gestão para o município, com a Diretoria de Saúde como parte do Departamento de Desenvolvimento Social, criado em 1979⁽⁴⁾.

No final dos anos 1970, o governo municipal investia prioritariamente em políticas públicas de grande alcance social, como o sistema de transporte público e a urbanização das favelas que se espalhavam nas periferias da cidade, investindo concomitantemente na ampliação de ações na área de saúde. Incorporando os princípios e orientações da 1ª Conferência de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, o Departamento de Desenvolvimento Social consolidava ações no campo da atenção primária. As unidades sanitárias e os consultórios odontológicos, agora instalados em Centros Sociais Urbanos, nos Núcleos Comunitários ou nas Escolas, ainda priorizavam a assistência escolar. Entretanto, nas unidades sanitárias atendia-se, além do escolar, também os lac-

tentes e o pré-escolares. Os consultórios odontológicos eram orientados pelo Sistema Incremental preconizado pela Fundação SESP, com foco no modelo curativo-restaurador, com 21 cirurgiões dentistas trabalhando isoladamente, sem apoio de pessoal auxiliar, em 13 consultórios. A Diretoria de Saúde contava com 10 unidades sanitárias, 12 médicos, 54 auxiliares de saúde e seis inspetores de saneamento⁽⁵⁾.

A política assumida pelo Departamento de Desenvolvimento Social no setor de saúde era a de implantar uma rede de unidades de atenção primária que assegurasse à população plena acessibilidade aos serviços de saúde, próxima ao seu local de moradia ou trabalho. Os postos de saúde, distribuídos pela cidade a partir do critério da concentração de renda menor, passaram a ter uma área de abrangência delimitada a fim de garantir a qualidade e a eficiência do atendimento. Explicitavam-se, assim, quatro diretrizes básicas dessa política: 1) democratização da atenção sanitária; 2) extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; 3) saúde integral; e 4) participação da comunidade.

Nos anos de 1979 e 1980, o “Modelo de Saúde Regionalizado e Hierarquizado”, proposto em parceria entre SESB/INAMPS/PMC/Saza Lattes, era introduzido com o objetivo de propiciar maior integração entre as ações de saúde coordenadas por essas instituições na cidade. As unidades de atendimento médico modificaram sua forma de atuação, adotando o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS), priorizando o atendimento programado (por exemplo: gestantes, crianças, adultos, e hipertensos), a imunização e a educação em saúde, com delegação de função para a enfermagem. Houve ampliação da rede de creches municipais, levando as unidades de saúde a fazerem um atendimento programado nos equipamentos que fossem localizadas nas suas áreas de abrangência. Com objetivo de prestar atendimento às creches municipais que não pertenciam às áreas de abrangência das Unidades de Saúde Municipais, foi inaugurado o Centro de Saúde Maria Polenta, priorizando o atendimento da criança. Foram ainda firmados convênios com o INAMPS para encaminhamento de exames complementares e teve início a normatização de procedimentos médicos e de enfermagem⁽⁵⁾.

A década de 1980 foi marcada pelo aumento significativo da população residente, o que alterou profundamente o perfil epidemiológico na cidade. Além disso, o país vivia o processo de redemocratização. A 7ª Conferência Nacional de

Saúde, realizada em março de 1980, foi marcada pelas influências internacionais de participação popular e ênfase nos cuidados primários nos serviços de saúde, somando-se à necessidade de o governo brasileiro da época buscar legitimidade a partir da negociação de um pacto de transição política e social.

Com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde e diminuir custos de atendimento, novas abordagens assistenciais e tecnológicas eram testadas em Curitiba. Um exemplo disso foi a implantação, pela Divisão de Odontologia Social, de clínicas odontológicas com equipamentos simplificados e incorporação de pessoal auxiliar, otimizando a capacidade de trabalho e ampliando a cobertura dos serviços nas escolas Eny Caldeira, Vila Nossa Senhora da Luz e Omar Sabbag. Uma experiência que, ao longo de seu desenvolvimento, tornou-se referência nacional.

O Plano Setorial de Saúde, então elaborado pela administração municipal, reforçava a responsabilidade do poder público municipal com a expansão e consolidação da atenção primária por meio da implantação de uma rede de centros de saúde nos bairros. Propunha ainda a hierarquização dos serviços, em um novo modelo de atuação e a organização do sistema voltado para a ampliação racional, em bases geopopulacionais, e a da qualidade dos serviços ofertados, definindo formas de integração entre as esferas federal, estadual e municipal.

A integração com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, visando à municipalização dos Centros de Saúde, iniciou-se em 1984 por meio do repasse de recursos humanos, materiais e três unidades de saúde à Prefeitura de Curitiba.

A ampliação dos canais de comunicação e aproximação da população com a gestão municipal avançava com a instalação de uma central de informações pelo telefone 156 no Centro de Processamento de Dados, por meio da qual a população poderia registrar reclamações, elogios, sugestões, informações ou pedidos, que eram entregues no gabinete do Prefeito, para que o mesmo pudesse avaliar e direcionar encaminhamento da administração pública.



Foto 4. UBS Morádias Belém (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).

O modelo de atuação dos serviços de saúde de Curitiba na década de 1980, centrado nos princípios gerais estabelecidos pela Conferência de Alma-Ata, era representado por uma pirâmide cuja base estruturava-se a partir da APS, garantida por meio dos postos e centros de saúde que se constituiriam como a porta de entrada de um sistema de saúde organizado em três níveis assistenciais. A APS compreendia atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde com atendimento ambulatorial básico, desenvolvidas por profissionais auxiliares, técnicos, enfermeiros, médicos especialistas básicos (pediatra, clínico geral e ginecologista obstétrico) e cirurgiões dentistas. Os Centros de Saúde eram localizados próximos ao local de moradia da população periférica, garantindo o acesso, com a área de abrangência delimitada geograficamente, utilizando como critérios os limites físicos naturais e artificiais que conformam a malha urbana, considerando ainda a densidade populacional. Esse modelo propunha integração com a Secretaria de Estado da Saúde (SESPR) e o INAMPS

para se estabelecer um sistema de referência e contrarreferência aos serviços de nível secundário e terciário.

A ampliação de rede física e a otimização da capacidade instalada eram condições necessárias, mas não suficientes, para garantir a oferta de serviços de saúde de boa qualidade. Os fundamentos básicos de organização de serviços eram: 1) cada Centro de Saúde trabalhava numa área geográfica delimitada, compreendendo uma população em torno de 10.000 e 12.000 habitantes, garantindo a facilidade de acesso para a população e maior contato com a realidade local por parte da equipe de saúde; 2) as equipes realizavam levantamentos da realidade socioeconômica, de morbidade e de saneamento, que orientava a seleção de prioridade nas atividades dos centros de saúde, trabalhando com a comunidade por meio de reuniões e visitas domiciliares; 3) a seleção da equipe de auxiliares era feita entre os moradores das áreas de abrangências dos Centros de Saúde, com vistas a facilitar os contatos com a comunidade e a identificação com a realidade local; 4) havia maior participação dos auxiliares de saúde em todas as atividades do Centro de Saúde, com delegação de funções; 5) o atendimento devia ser programado e agendado aos grupos da população com maiores riscos à saúde, constituindo-se minimamente os grupos de lactantes, gestantes e hipertensos; 6) o atendimento eventual devia ser garantido a todos que procurassem o serviço, assegurando resolubilidade a partir de uma equipe médica composta por dois pediatras, um ginecologista obstétrico e um clínico geral, garantindo-se apoio laboratorial e internamento hospitalar por meio da SESPR e do INAMPS; 7) asseguravam-se serviços essenciais como pré e pós-consulta, com aplicação de injeções, vacinação, realização de curativos e sutura, nebulizações, terapias de reidratação oral (TRO), coleta de amostras para exames laboratoriais, e fornecimento de medicamentos básicos e suplementos alimentares; 8) explicitava-se a preocupação com o caráter educativo e de promoção a saúde das ações, que deviam ser desenvolvidas por toda equipe de saúde em nível local.

Em 1985, eram 26 Centros de Saúde em funcionamento e três em construção, com contratação de pessoal por meio de concurso público realizado para todas as categorias profissionais. A integração entre outras instituições estaduais e federais foi concretizada com assinatura do termo de adesão no Plano de Ações Integradas da Saúde (PAIS), contribuindo com aporte de recursos para o município. Nesse período foi implantado o Laboratório de Análises Clínicas do

município, criando a retaguarda para a realização de exames. Nos Centros de Saúde priorizavam-se a assistência à saúde e a extensão de cobertura a faixas prioritárias da população, tendo como referencial a assistência integral à saúde. O programa de melhoria da capacidade instalada e o incentivo à participação popular auxiliava as equipes no planejamento, avaliação e controle das atividades. A reforma administrativa instituiu, por meio da Lei nº 6.817 (02 de janeiro de 1986), a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, com 9 Administrações Regionais, com a finalidade de fortalecer a descentralização dos serviços de saúde na cidade.

Em março de 1986, representantes de Curitiba participaram da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Nela fundamentou-se o conceito ampliado de saúde e alargaram-se as possibilidades de ação institucional pública, caracterizando a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Nesse mesmo ano, a rede municipal da saúde de Curitiba contava com 40 Centros de Saúde que funcionam em três turnos com equipes formadas por pediatras, clínicos gerais, ginecologistas obstétricos, enfermeiros, atendentes de saúde, auxiliares administrativos, vigias e serventes. A programação do serviço era baseada nos parâmetros da Organização Mundial da Saúde e CIPLAN que preconizavam o mínimo de duas consultas médicas por habitante ao ano. As Clínicas Odontológicas eram paralelamente incorporadas aos Centros da Saúde, contando com cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório odontológico e com técnicos em higiene dental, também funcionando em três turnos.

A ampliação dos serviços de apoio diagnóstico, com a implantação de ambulatórios especializados sob gestão da SESB e INAMPS, atuando com base em um serviço de referência e contrarreferência, contribuíram para melhorar o atendimento a pacientes referidos pelos Centros de Saúde. O INAMPS assumiu o atendimento especializado nos Postos de Assistência Médica (PAMs) viabilizando o atendimento especializado. No campo da gestão, uma equipe de supervisão foi instituída para apoiar o planejamento, desenvolvimento e orientação no nível local, integrando as equipes de atenção primária ao nível central de gestão.

Em 1987, a partir do convênio envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério da Educação e Cultura, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Entre as diretrizes políticas do SUDS destacava-se a municipalização

dos serviços e a organização em nível municipal de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde. Os primeiros passos atendendo as diretrizes políticas e operacionais do SUDS em Curitiba foram voltados para a integração da rede pública e filantrópica. Foram firmados convênios e acordos com a Secretaria de Estado da Saúde, Hospital de Clínicas da UFPR, INAMPS e Liga Paranaense de Combate ao Câncer. Foi descentralizado o serviço de vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, o que permitiu agilização do sistema de notificação, investigação e instituição de medidas de controle, assim como análise dos dados para avaliação da eficácia das medidas de controle.

No período de 1986 a 1988, Curitiba viveu uma significativa expansão dos serviços de atenção primária em saúde, sendo então 53 Centros de Saúde e 29 Clínicas Odontológicas, funcionando com três turnos de atendimento ao dia, com clara definição da área de abrangência, realizando agendamento e planejamento participativo. Na Clínica Odontológica, no período diurno, atendiam-se as crianças de 0 a 14 anos, e no noturno, as pessoas acima de 14 anos e as gestantes. Além disso, eram oferecidos: manutenção do tratamento com base nos grupos de risco, atividade extraclínicas com visitas domiciliares, programa de bochecho com flúor, reuniões com a comunidade e ações de educação para saúde. Foram assinados convênios com o Pronto-Socorro do Hospital Cajuru e Pronto-Socorro do Hospital Evangélico para prestarem atendimento emergencial e remoção de emergência a pacientes dos Centros de Saúde da rede municipal.

No ano de 1988, entraram em operação duas ambulâncias para remoção de emergências atendidas nos Centros de Saúde, em vista da grande demanda existente e das dificuldades de resposta dos Prontos-Socorros. Foi implantando nos Centros de Saúde o Sistema de Informações e Controle Ambulatorial (SICA), vinculado ao Serviço de Banco de Dados da Divisão de Programação e Controle, com informações sobre morbidade ambulatorial.

A partir do Movimento de Reforma Sanitária referenciada na APS e no texto constitucional, foram definidas diretrizes calcadas nos conceitos de universalidade, equidade e integridade. Com referência na nova Constituição Federal de 1988, que propôs a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), além das orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), Curitiba passa a priorizar a incorporação de tecnologias que enfatizassem o fortalecimento prioritário da APS na organização do SUS.

A ampliação da complexidade da rede de atenção à saúde existente em Curitiba bem como a magnitude da população a ser considerada, incluindo a Região Metropolitana, reforçaram a perspectiva de uma regionalização do espaço na constituição dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Por essa razão, no início de 1989, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, juntamente com a 2ª Regional da SESA/PR, constituiu grupo de trabalho que, após discussão com os municípios da Região Metropolitana de Curitiba, apresentou uma proposta de racionalização do uso dos equipamentos públicos de saúde existentes, otimizando sua utilização, regionalizando e hierarquizando os serviços de atenção médica e odontológica. Nesse período, também foi criado o Comitê de Investigação de Morte Materna e publicado o primeiro Boletim Epidemiológico da SMS, ações que reforçavam o trabalho das equipes da APS.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no início da década de 1990, implantou os Distritos Sanitários (DS), com a concretização do conceito de territorialização e áreas de abrangência, tanto para Distritos Sanitários quanto para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a municipalização de serviços e das ações em saúde pertencentes até então a outras esferas de gestão, a descentralização tornou-se fato. Essa foi uma estratégia importante para a organização da assistência, acesso e vínculo nas diferentes comunidades. Nesse momento, uma ampla discussão envolvendo o corpo gerencial e profissional oportunizou o fortalecimento da APS por meio da consolidação de conceitos de responsabilização sanitária, vigilância à saúde e do primeiro contato com o sistema de saúde a partir das equipes de APS localizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), reafirmadas como “porta de entrada” de um sistema hierarquizado de atenção à saúde.

Gradativamente, o número e a estrutura dos equipamentos de saúde aumentaram. Localizados sempre próximos de onde as pessoas vivem e moram, os equipamentos eram modernizados constantemente, com aumento do espaço físico e disposição dos espaços para a produção em saúde, bem como pela incorporação de recursos tecnológicos tidos como “tecnologias duras”⁽⁸⁾, mas cada vez mais reconhecidos como indispensáveis para a garantia da qualidade da atenção e conforto dos usuários e dos profissionais.

Em setembro de 1990, foram aprovadas as Leis nº 8.080 e nº 8.142, a Lei Orgânica da Saúde, dispondo sobre as condições para promoção, proteção

e recuperação da saúde e organização de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Em 10 de junho de 1991, foi sancionada a Lei nº 7.671 que dispunha sobre a Reorganização Administrativa do Poder Executivo do Município de Curitiba. Nesse mesmo ano, realizou-se em Curitiba a 1ª Conferência Municipal de Saúde que, desde então, ocorre a cada dois anos, sempre de forma descentralizada ascendente, iniciando-se no nível local, com as conferências locais em todas as UBS, seguindo-se pelas conferências distritais e por fim com a Conferência Municipal de Saúde. Essa forma de organização garantiu ao controle social uma efetiva participação, monitoramento e acompanhamento das ações de saúde implementadas.

O fortalecimento do controle social como inerente à concepção do SUS é seguramente um dos sustentáculos de inovação para a gestão do sistema de saúde de Curitiba. O Conselho Municipal de Saúde de Curitiba foi criado em abril de 1991 pela Lei nº 7.631, sendo presidido pelo Secretário Municipal da Saúde, composto por trinta entidades representantes de usuários, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e da administração pública.

Apresentando até então uma cobertura populacional de 40% na área médico-ambulatorial básica e de 15% na área odontológica, o sistema de saúde de Curitiba passou a questionar seu modelo assistencial, com base em um processo de reflexão participativa. Embora no primeiro momento caracterizado pelo ideário das ações coletivas, posteriormente a priorização de grupos de risco, a integração multiprofissional e intersetorial e a rápida expansão da rede de serviços trouxeram consigo, além da ampliação da cobertura, uma prática que demonstrou certa incapacidade em conciliar esses pressupostos gerais ao atendimento individualizado à queixa e uma clínica mais personalizada. Por outro lado, os recursos humanos que eram incorporados demonstravam claramente a defasagem existente entre a abordagem da instituição formadora e as necessidades dos serviços. Observou-se queda acentuada da produtividade médica, apesar da demanda às unidades serem dirigidas pelas consultas médicas. Na área odontológica, o não atendimento às emergências, a priorização de faixa etária, o agendamento prévio e a forma de operacionalização das manutenções dos tratamentos, deixaram margem a críticas e questionamentos variados. Assim, a reformulação do modelo assistencial, entendida como processo, foi incrementada e aliada à ampla reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Foram criados sete Núcleos Regionais de Saúde, cujos gerentes foram eleitos por processo seletivo realizado em dezembro de 1991. Com a regionalização, pretendia-se a construção de um território-processo que incluísse a participação popular por meio da estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, havendo substituição das chefias isoladas (área médica/enfermagem e área odontológica) pela Autoridade Sanitária Local (ASL), cujo principal desafio era a apropriação de seu território a fim de estabelecer ações com base no planejamento local. Institucionalizou-se a prática democrática na indicação de diversos cargos de chefia: ASL, técnicos em Epidemiologia e Apoio Técnicos dos Núcleos Regionais. Ainda em 1991, foi criada a Central de Ambulâncias para o transporte de usuários das US a outros pontos de atenção, assim como foram construídas as primeiras US para funcionar 24 horas.

Diante dessa superposição contínua de cenários e práticas, a Secretaria Municipal da Saúde caminha em busca de soluções, passando por mudanças e aproximações sucessivas à meta ambiciosa de produzir socialmente mais saúde para todos os curitibanos. Nesse período inicia-se a implantação de diversas experiências de mudança de modelo assistencial na APS, incluindo a Saúde da Família, profundamente marcada até então pelo propósito de concretizar o conceito de vigilância à saúde na prática⁽⁹⁾. Para fundamentação da proposta de Saúde da Família, a SMS Curitiba estruturou suas práticas tomando como base introdutória os princípios do modelo da Medicina Familiar Canadense, estabelecendo uma parceria internacional com o Governo canadense, visando à realização da primeira formação em Saúde da Família no município. Contudo, já nessa experiência embrionária Curitiba inovou, ampliando o escopo, o perfil e a composição da equipe mínima de atenção primária, com a inclusão de cirurgiões-dentistas, algo que surpreendeu positivamente inclusive os médicos instrutores canadenses.

Em 1991, para impulsionar a APS no processo de reforma do setor da saúde no Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nessa mesma época, iniciam-se experiências municipais de incorporação da prática de medicina de família e comunidade nas APS, espelhando-se nos sistemas de sucesso, como o canadense e o inglês. Pioneiramente, alguns poucos municípios integraram esse universo de experiências locais que propunham a mudança do modelo assistencial. Curitiba foi um deles. Ainda

em 1992, implantou a primeira equipe de APS, evoluindo conceitualmente e operacionalmente da práxis do “médico de família” para a “equipe de saúde da família”, no município. Experiência somente reconhecida em 1994, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional para organização da atenção básica à saúde⁽¹⁰⁾.

Em 08 de abril de 1992, o Decreto municipal nº 224 oficializou a nova estrutura organizacional da SMS Curitiba. Em 4 de maio foi assinado Termo de Adesão do Município ao SUS definindo o repasse pelo INAMPS/FCMR das Unidades Básicas de Saúde Barreirinha, Boa Vista, Campina do Siqueira, Ouvidor Pardinho, Santa Felicidade, Vila Guaíra, dos Centros de Referência Especializada Comendador, Pediatria, Vila Hauer e Odontopediatria e dos serviços de Vigilância Sanitária, assumindo também, o município, a gerência dos contratos dos prestadores de serviços da rede básica e mantendo negociações que visavam a definição de gestão para os setores de urgência/emergência e apoio diagnóstico. Em 1993, é implantada a Farmácia Curitibana, onde a escolha do elenco de medicamentos foi baseada na análise da morbidade de maior ocorrência na rede municipal.

O PSF propunha para sua estruturação alguns elementos constituintes que caracterizariam práticas inovadoras de cuidado e gestão, dentre elas, o seu caráter organizativo e substitutivo na APS, confrontando-se ao modelo tradicional de APS estruturada a partir da tríade de especialistas médicos básicos: ginecologistas obstétricos, pediatras e clínicos gerais. O PSF fez emergir uma nova categoria de profissionais médicos, os especialistas em saúde da família, conhecidos como generalistas ou Médicos de Família e Comunidade (MFC), até então, em número muito pequeno em todo o País. Em 1996, com a intenção de ampliação do acesso de toda a população aos serviços de saúde e visando incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, o município de Curitiba aderiu ao PSF, passando a receber parte de custeio das equipes do governo federal. Com isso, foi possível planejar e executar expansão paulatina em diferentes áreas do município, respeitando-se o princípio da equidade na definição das áreas das UBS com equipes de Saúde da Família, especialmente àquelas regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica⁽⁴⁾.



Foto 5. Atendimento domiciliar (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).

O município de Curitiba assumiu a gestão plena do sistema de saúde desde 1998, responsabilizando-se por prestar atenção à saúde da população, por meio da gestão de sua rede própria, dos serviços de apoio e dos serviços contratados. Incorpora as funções de regulação, controle, avaliação e auditoria, recebendo e distribuindo os recursos destinados ao pagamento dos serviços contratados pelo sistema de saúde no município⁽⁴⁾.

A informatização da rede própria ocorreu em 1999, nas áreas médica, enfermagem e odontológica. Considerado um avanço, o prontuário eletrônico interligado “online” possibilitou importantes ganhos gerenciais, uma vez que a informação passou a ser fornecida em tempo real, propiciando aos gestores e equipes o controle de dados e informações no momento que ocorrem. O sistema possibilita ainda relatórios gerenciais em “*layouts*” pré-formatados ou dinâmicos, onde o usuário do sistema organiza-os com as informações que deseja. Essas informações apoiam a tomada de decisões estratégicas. Não há como negar que a informatização na saúde constitui-se em grande avanço na sistematização

e socialização da informação, contribuindo decisivamente para a melhoria da qualidade da gestão em saúde⁽¹¹⁾.

As centrais de marcação de procedimentos (consultas e exames especializados), do laboratório municipal (LMC), bem como a central metropolitana de leitos hospitalares, estão informatizadas e interligadas às UBS por meio do prontuário eletrônico. Os exames de patologia clínica são coletados nas UBS e processados no laboratório municipal, cujos resultados são diretamente alimentados no prontuário eletrônico, garantindo assim economia de trânsito e recursos aos usuários, agilizando os atendimentos. O sistema informatizado, atualmente denominado “e-Saúde” evolui constantemente, visando a integração da APS aos serviços de atenção secundária e terciária.

Para qualificar as práticas de saúde e garantir homogeneidade nas ações de saúde, desde 1999 a gestão municipal da saúde em Curitiba vem implantando diretrizes clínicas (linhas-guia, protocolos clínicos e manuais). Essas diretrizes são elaboradas com técnicos locais e do nível central da SMS, passando pela avaliação de grupos de pesquisa em universidades, das sociedades científicas, conselhos de classe e demais entidades envolvidas com o tema. As diretrizes clínicas são constantemente revistas à luz das melhores evidências científicas disponíveis no momento, bem como da experiência concreta obtida no monitoramento/avaliação do processo de trabalho e resultados produzidos na população. Sua implantação se dá por meio de processos de educação permanente aos profissionais de saúde⁽¹¹⁾.

Por priorizar a APS em seu modelo de atenção, a SMS Curitiba tem investido e incorporado constantemente tecnologias de cuidado e de gestão que buscam efetivar seus princípios e atributos (primeiro contato ou acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação para a comunidade) bem como as funções essenciais (resolutividade, comunicação e responsabilidade), assim como auxiliar o processo de gestão das UBS.

Ressalta-se que, ainda hoje, o sistema de saúde de Curitiba constitui-se hibridamente, trabalhando com esses dois modelos de atenção na organização da APS, considerando o “modelo tradicional” e aquele estruturado a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, como diferencial na estruturação do sistema municipal de saúde de Curitiba destaca-se que ambos os modelos de atenção: (a) trabalham com área de abrangência adstritas, subdivididas em micro

áreas de acompanhamento sistemático dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); (b) as equipes realizam visitas domiciliares de rotina, seja para planejamento e monitoramento das questões de saúde-doença dos territórios, seja por necessidades individuais de cuidado; (c) organizam suas práticas de atenção com vistas a garantir o acesso as demandas espontâneas e realizam atividades programadas, ou seja, procuram propiciar respostas adequadas aos eventos agudos, mas também garantir atenção programada aos agravos mais relevantes, especialmente com ênfase às condições crônicas de saúde (12-13); (d) as equipes de APS constituem-se como “porta de entrada” de todo o sistema de saúde, mantendo-se fluxos integrados, predefinidos, incorporando o papel de coordenação do acesso; (e) orientam suas práticas de saúde com base em protocolos e linhas-guia assistenciais normatizadas para toda a atenção à saúde no município; (f) praticam atividades de prevenção e promoção de saúde, com especial incentivo ao autocuidado, bem como realizam assistência e manutenção à saúde com base na estratificação dos riscos à saúde; (g) incorporaram tecnologias e ferramentas de informação que fundamentam a gestão da clínica e do caso⁽¹²⁾ na rotina das equipes; (h) possuem um gestor local com atribuições sanitárias específicas, a Autoridade Sanitária Local, que chefia as equipes e monitora permanentemente os agravos de saúde-doença localmente; (i) dispõem de equipamentos e infraestrutura adequadas às práticas sanitárias e de cuidado propostas pelos protocolos e linhas-guia; (j) exercitam a gestão participativa fortalecendo o controle social de forma descentralizada, mantendo permanente contato com seus Conselhos Locais de Saúde (CLS), bianualmente renovados nas Conferências Locais de Saúde; (l) praticam o Acolhimento Solidário com Classificação de Risco⁽¹⁴⁾, buscando organizar pronta atenção às condições agudas, estratificando por gravidade de maior a menor; (m) monitoram os principais agravos à saúde dos municípios de cada um dos territórios adstritos às UBS efetivando-se a vigilância à saúde⁽¹⁵⁻¹⁶⁾; (n) trabalham em equipe e multidisciplinar; (o) têm possibilidade de incorporar incentivos por desempenho a partir do monitoramento de indicadores de resultados definidos em contratos de gestão firmados entre as equipes e a gestão; dentre outras.

Na 6ª Conferência de Saúde realizada em 2001, discutiu-se como tema os “Sistemas Integrados de Serviços de Saúde”⁽¹⁷⁾, tema esse atualmente percebido como de suma importância e relevância na consolidação das Redes de Atenção

Saúde – RAS⁽¹²⁾. Nesse ano, é implantado o Pacto pela Vida com a formação dos Comitês em Defesa da Vida. Em 2001, ocorre também a descentralização do teste HIV/Aids para 95 Unidades de Saúde.

O ano de 2002 foi marcado em Curitiba pela implantação do Programa de Atenção Básica às mulheres Vítimas de Violências e o lançamento da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violências. Buscando desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde junto a uma parcela da população que procura pouco por esses serviços, implanta o Programa Adolescente Saudável. No ano seguinte, implementa essas atividades em dois ônibus (Cárie Zero e Adolescente Saudável), que trabalham de forma itinerante junto a escolas e eventos na comunidade.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem seu início datado de 2004 e é destinado a atender emergências clínicas. Fortalecendo a APS, nesse ano a SMS entrega as primeiras construções dos Espaços Saúde (anexos às US) que tem a função de facilitar a prática de atividades de promoção de saúde, encontros e reuniões com a comunidade e equipes. Buscando qualificar e orientar pesquisadores que buscam na SMS campo de suas pesquisas, cria-se o Comitê de Ética em Pesquisas. Realiza-se a 1ª Conferência Municipal de Ciências, Tecnologia e Inovações em Saúde.

Na busca permanente da melhoria na qualidade da atenção materno-infantil, implanta-se a US Mãe Curitibana em 2006, ano em que também ocorre de forma pioneira no país a campanha do Teste Rápido para HIV/Aids, exame que desde então é realizado no COA (Centro de Orientação e Acompanhamento), sendo incorporado no ano seguinte pelas maternidades por meio do Programa Mãe Curitibana. Em atendimento à reivindicação do controle social, a Central de Atendimento do Usuário transforma-se em Ouvidoria da Saúde, que passa a receber dos curitibanos as manifestações referentes à saúde em ligações via 0800.

Em 2007, o Sistema de Urgências e Emergências de Curitiba (SUEC) passou a gerenciar as Unidades de Saúde 24 horas, SAMU, Central de Regulação de Leitos Hospitalares e a Central de Ambulâncias. Nesse ano são implantados os CMUBS (Centros Municipais de Urgências Médicas), em substituição às US 24 horas, que passam por reforma e readequação com a implantação do Pronto Atendimento Infantil, Unidades de Internação e retaguarda hospitalar. Nesse

mesmo período, um movimento de mobilização e reflexão sobre o Acolhimento Solidário envolve todos os profissionais da SMS.

Em 2008, Curitiba atinge o menor coeficiente em mortalidade infantil, ficando abaixo de dois dígitos, resultado do trabalho realizado pelos profissionais da APS, gestores da SMS e apoio de prestadores de serviços do SUS. No ano de 2009, buscando a continuidade da qualificação no atendimento das gestantes, é implantada a estratégia do “Pai Presente”, que além do fortalecimento de laços familiares, buscava o envolvimento do parceiro nas atividades educativas, ações assistenciais e preventivas. Nesse mesmo ano ocorre a implantação de 29 Núcleos de Apoio à Atenção Primária à Saúde (NAAPS), compostos por equipes multiprofissionais com atuação em conjunto com as Unidades de Saúde em atividades de promoção à saúde. Merece destaque o trabalho coletivo de enfrentamento da pandemia da gripe (AH1N1) em Curitiba e a rápida organização de estratégias e parcerias que possibilitaram a ampliação da rede assistencial, organização da atenção e a vacinação de 1.218.740 pessoas na cidade.

A realização da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba com o tema “Rede de Cuidados: 20 anos do SUS Curitiba”, realizada no ano de 2009, teve como principal objetivo debater a Rede de Cuidados em Curitiba, fortalecendo o papel de coordenação da Atenção Primária à Saúde e sua integração com os Serviços de Especialidades, Urgências/Emergências e Hospitalares, permitindo ofertar atenção contínua e integral à população. Esse também foi o ano da aprovação da Lei Municipal Anti Fumo 13254/09, que proibiu o fumo em locais públicos fechados na cidade de Curitiba e do lançamento do Programa Mulher Curitibana, com especial enfoque ao controle do câncer de mama, além do Programa de Prevenção e Detecção do Câncer Bucal.

Por meio de movimento institucional, foi iniciada em 2010 a capacitação de profissionais da SMS com vistas à implantação da Classificação de Risco, com a utilização do “Protocolo de Manchester” no atendimento nos CMUBS e UBS. A realização de Levantamentos de Infestação Rápida do *Aedes aegypti* (LIRAA), comprovava que Curitiba permanecia com índice de infestação predial < 1%, situação diferenciada frente a outros grandes municípios do estado e do País. Novas tecnologias de cuidado são implantadas nesse ano tais como uma equipe móvel de internação domiciliar para idosos acamados, lançamento da técnica de sedação em odontologia utilizando óxido nitroso nos Centros de

Especialidades Odontológicas/US Amigo Especial e do Programa de Saúde de Pessoa com Deficiência.

Em 2011, ano da realização da 11ª Conferência Municipal de Saúde cujo tema comemorava os 20 anos desde a primeira Conferência e a efetivação do controle social em Curitiba, avançava-se na direção da garantia do acesso e da qualidade da atenção à saúde dos curitibanos. Para responder às novas demandas de atenção foram lançados o Protocolo do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação, o Programa de Saúde do Homem, bem como foram iniciadas as discussões sobre o atendimento dos eventos crônicos e do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas. No campo da gestão da qualidade dos serviços, 159 equipes da rede de atenção de Curitiba aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

No início de 2012, é implantado o e-Saúde, novo sistema informatizado da SMS em substituição ao CQS (Cartão Qualidade Saúde), que havia sido implantado na rede municipal em 1999. A continuidade dos avanços na qualificação da atenção focalizava a atenção materno-infantil, a saúde do idoso e a saúde mental. Em comemoração aos 13 anos do Programa Mãe Curitibana foi lançada a inclusão do exame de oximetria/teste do coração para os recém-natos. Paralelamente, é editada a nova versão da Carteira da Criança Curitibana, com a introdução do teste da orelha, do olho, do coração, medida da pressão arterial para crianças acima de três anos e orientações sobre a utilização da cadeirinha em veículos e do Protocolo de Atenção à Criança, aprimorando a atenção à saúde desse grupo populacional.

O maior marco da gestão em 2012 na área da saúde foi a inauguração do Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA) em comemoração aos 319 anos da cidade, com 9,8 mil metros quadrados de construção, 141 leitos, sendo 20 de UTI e duas salas cirúrgicas. Em uma estrutura moderna e acolhedora, conta com o trabalho de equipe multiprofissional preparada para atender os idosos com respeito e qualidade. Além disso, são implantadas 10 equipes de atenção domiciliar para ampliar o cuidado em casa para idosos egressos dos Hospitais e é lançada a Rede de Proteção do Idoso. A estrutura do novo hospital permitiu a organização da Central de Laudos de Exames, a qual passou a interligar a nova rede de seis anexos de Raios-X digital nos CMUBS, com transmissão dos laudos ao Prontuário.

rio Eletrônico do Paciente. Também nesse ano ocorreu a implantação do Pronto Atendimento Odontológico nos CMUBS Boa Vista, Sítio Cercado e Fazendinha.

A Rede de Saúde Mental do Município foi ampliada com a implantação do 1º Centro de Atenção Psicossocial III – Álcool e Drogas Centro Vida, com funcionamento 24 horas todos os dias.

Nesse ano foi assinado o Termo de Cooperação Técnica entre a OPAS, Conass, Conasems, SESA, PUCPR e PMC/SMS, formalizando a adesão da cidade ao Laboratório de Inovação sobre Atenção às Condições Crônicas na APS, evento que marcou também o lançamento do manual sobre Autocuidado Apoiado (Manual do Profissional de Saúde) e do Caderno de Exercícios produzido pela equipe da SMS de Curitiba para apoiar a implementação de novas tecnologias do cuidado na atenção às condições crônicas.

Evidencia-se em Curitiba, portanto, um processo continuado de construção e consolidação do SUS, centrado na revisita sistemática do papel da APS e da capacidade da gestão local em dar respostas às necessidades da população.

1.3 Do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas e Agudas nas Redes de Atenção à Saúde

Inês Kultchek Marty

Eliane Chomatas

Anna Paula Penteado

A construção de um modelo de atenção à saúde focado na Atenção Primária e no enfrentamento às doenças/condições crônicas foi fator determinante para a implantação de novos conceitos e a busca de metodologias voltadas à melhoria do acesso e qualidade para os usuários do Sistema Único de Saúde em Curitiba.

Como descrito em capítulo anterior, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a municipalização dos serviços e a primeira Conferência Municipal da Saúde ocorrida em 1991, Curitiba inicia um grande movimento de organização e descentralização da administração da saúde em sete regionais, aproximando o cidadão das esferas de decisão política e mobilizando os profissionais da rede para a apropriação de conceitos como territorialização, responsabilização sanitária e vigilância em saúde⁽⁴⁾. Além disso, a estruturação de ações voltadas para o cuidado de grupos mais vulneráveis, como crianças, gestantes e hipertensos, em muito contribuiu para os avanços que se seguiram.

Em 1999 o olhar crítico da assistência às gestantes que buscavam vários serviços no momento do parto, apesar da grande maioria realizar o pré-natal nas Unidades de Saúde, e de o município contar com uma rede de hospitais com atendimentos obstétricos, levou a gestão a organizar e articular a primeira linha de cuidado, unindo vários pontos de atenção de forma a proporcionar acesso e segurança no momento tão importante da vida da mãe e do bebê. Com base nas evidências disponíveis, foi pactuada uma diretriz clínica que normatizou a forma de atender a gestante, padronizando exames e terapias a serem adotados pelas equipes. Estava assim sendo criado o Programa Mãe Curitibana, que logo se transformou em ícone da cidade, traduzindo o modelo de atenção desejado no Sistema Único de Saúde de Curitiba, que prima pelo acesso e pela qualidade da atenção⁽¹⁸⁾.

Essa experiência exitosa, aliada a discussão durante a 6ª Conferência Municipal de Saúde sobre a organização do sistema de saúde em Curitiba, estimulou uma profunda reflexão sobre o modelo de atenção vigente, reconhecidamente fragmentado, onde os pontos de atenção não se comunicavam, provocando a interrupção da atenção com aumento de custos e insatisfação do usuário.

Nessa Conferência foi então aprovada como diretriz a reorientação do modelo de atenção à saúde em Curitiba, buscando a construção de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde⁽¹⁷⁾ que teve como objetivos: a) organizar a atenção à saúde para que fosse ofertada no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa e com custo certo; b) garantir que os serviços fossem ofertados de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangência das Unidades de Saúde, ampliando a satisfação da população com o sistema de saúde; c) ampliar e diversificar os pontos de atenção à saúde; d) melhorar a comunicação entre os vários pontos de atenção; e) promover o autocuidado; f) integrar intersetorialmente os serviços de saúde com outras políticas públicas; g) valorizar os recursos humanos do SUS; e h) incrementar a integração com os municípios da Região Metropolitana de Curitiba, buscando aproximação com o princípio da universalidade do SUS.

A partir daí, esses conceitos começaram a permear a gestão em todas as ações, como, por exemplo, na contratação de novos serviços especializados que passaram a abranger não só a consulta especializada, mas incorporam os exames, os procedimentos cirúrgicos de média e de alta complexidade e os retornos para a resolução ou monitoramento do caso, e que reforçavam, sobretudo, o poder orientador e de porta de entrada preferencial do sistema pela Unidade Básica de Saúde com sua equipe de APS.

Assim, também as novas diretrizes clínicas abordavam um novo olhar sobre a atenção de grupos vulneráveis, integrando todas as ações e os serviços de modo a implantar linhas de cuidado resolutivas. Essas diretrizes estimularam as equipes a estabelecer uma estratificação de risco dos usuários e delinear a atenção por grau de risco, organizando o papel dos diversos profissionais das Unidades de Saúde nesse cuidado.

Em 2004, as portarias interministeriais nº 1.000 e 1.005 do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação^(19,20) estabeleceram os critérios para a certificação de instituições, como Hospitais de Ensino, e modificaram a forma

de financiamento dos mesmos por meio de contratos com metas de desempenho. Isso auxiliou a Secretaria Municipal da Saúde a reorientar o modelo de atenção, com a implantação nesses hospitais de linhas de cuidado em diversas especialidades, melhorando a integração dos serviços especializados com a rede de Atenção Primária.

Outra inovação importante nessa mesma época foi a integração da rede de urgência e emergência, com a parceria entre a SMS e os hospitais de ensino, vinculando cada unidade pré-hospitalar, denominado Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM), a um Hospital, tendo seus médicos contratados pelo hospital a que estava vinculado, os quais passavam a ser responsáveis pela realização de exames diagnósticos, avaliações especializadas ou internações hospitalares.

O conceito de Sistema Integrado também estava presente nos novos programas que foram implantados, como o “Mulher Curitibana”, em 2009, que visava a identificação de fatores de risco em mulheres acima de 50 anos e estabelecia uma linha de cuidado mais efetiva no rastreamento, diagnóstico e atendimento do câncer de mama e outras patologias benignas da mama⁽²¹⁾.

Caracterizado por Mendes⁽¹³⁾ como um contexto que explicita uma tripla carga de doença desafiando os sistemas de saúde no Brasil, Curitiba também buscava formas de enfrentar uma agenda não concluída de condições agudas e problemas de saúde reprodutiva, ao mesmo tempo que se revelavam novos desafios das doenças/condições crônicas e de seus fatores de risco, como o aumento do tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, bem como o forte crescimento da violência e das causas externas.

O reconhecimento do aumento de atendimentos de condições crônicas e o maior número de eventos agudos, muitos deles também relacionados às condições crônicas, evidenciava uma sobrecarga no trabalho das equipes, tanto da Atenção Primária quanto da rede de urgência. Os dados dos últimos anos evidenciam essa situação. O número de pacientes hipertensos e diabéticos inscritos nas Unidades de Saúde que era, respectivamente, de 66.888 e 18.779 em 2003, passa a 119.528 e 47.360 em 2011. Ao mesmo tempo, o número de atendimentos com deslocamento de veículos pelo SAMU passou de 60.211, em 2005, para 93.501 em 2011.

Em 2009, na continuidade do processo reflexivo institucional e diante desses desafios, o sistema de saúde em Curitiba é novamente motivado a olhar o futuro e procurar novas abordagens e metodologias que pudessem responder essas necessidades, com base em boa governança pública, evidência científica e melhores práticas.

A qualificação da rede de urgência se torna premente. A proposta foi substituir a lógica da sequência do atendimento por ordem de chegada por um método onde se buscasse priorizar os pacientes com quadros mais graves e o acolhimento com base em classificação de risco, atendendo as diretrizes das portarias GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, e nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que estabelecem a Política da Rede de Urgência e Emergência⁽²²⁾.

Dentre várias metodologias de classificação de risco implantadas em outros sistemas de saúde pelo mundo, optou-se pelo *Protocolo de Manchester*⁽²³⁾. Foi então desencadeado um planejamento para incorporação dessa nova ferramenta, permeando a rede de Unidades Básicas de Saúde, Distritos Sanitários, Rede de Urgência e Emergência do município, incluindo as unidades próprias e também uma sensibilização para os serviços hospitalares de retaguarda.

Em relação às condições crônicas, principalmente as ações direcionadas à população hipertensa e diabética e ao controle de fatores de risco ligados a essas patologias, várias práticas diferenciadas foram gradativamente incorporadas pelas equipes de saúde. Em 2009, a implantação dos Núcleos de Apoio à Atenção Primária com equipes multiprofissionais compostas por farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e educadores físicos, reforçaram essas ações, e intervenções coletivas sobre fatores de risco, como grupos de controle de sobrepeso, controle do tabagismo, grupos para prática de atividades físicas, foram se multiplicando na cidade. Para qualificar ainda mais essas ações, profissionais da SMS foram capacitados para realizar entrevista motivacional dentro da abordagem da terapia cognitiva comportamental.

Novamente a gestão municipal manifestava sua inquietude sobre a efetividade das ações dos profissionais da rede básica no processo de cuidado das condições crônicas a partir da constatação da limitada resposta dos usuários às orientações realizadas pelas equipes de saúde. Se o grande desafio com o processo de envelhecimento é cuidar de um número maior de pessoas por mais tempo, como modificar o modelo de intervenção para buscar melhores resultados

passa a ser questão essencial a ser enfrentada. Estava lançado o desafio para o desenvolvimento de um Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas em Curitiba.



Foto 6. Usuária vinculada ao Programa de Hipertensos e Diabéticos (fotógrafo: Laelson Lucas – SMCS/PMC).

Capítulo 2 – A Atenção Programada à Saúde em Curitiba e a experiência no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas

*Antonio Dercy Silveira Filho
Simone Tetu Moysés*

*“Somente pensamos quando confrontado com um problema”
(John Dewey – 1859/1952)*

Tornou-se comum a crítica aos tradicionais “programas” em saúde pública, particularmente referente à sua verticalidade, engessamento e fragmentação – crítica com a qual nos colocamos imediatamente de acordo. Entretanto, é preciso situar uma outra visão programática, baseada em fundamentos epidemiológicos e na gestão da clínica baseada em evidências, o que sempre impõe escolhas racionais e a formulação de diretrizes de conduta paciente-centradas.

A atenção programada em Curitiba foi estruturada com o objetivo de organizar os arranjos institucionais com um conjunto de ações razoavelmente padronizadas para atender as demandas populacionais, familiares e individuais de forma flexível, respondendo as especificidades de contexto e respeitando as necessidades singulares das pessoas.

Essa organização da atenção nos territórios pressupunha o atendimento de forma integral e resolutive, de acordo com os ciclos de vida ou condição de saúde da criança, do adolescente, da gestante, do adulto e do idoso, ou por patologias de maior relevância – hipertensão, diabetes, além de saúde mental e bucal. Tais denominações não são recortes exclusivistas, como ocorria nos programas do passado, mas ênfases em áreas focais de atenção em saúde de atuação das equipes, exigindo interlocução e planejamento conjunto entre todos os envolvidos nos referidos programas, com visão terminalística de ações centradas nas necessidades dos cidadãos-usuários de serviços.

Protocolos de cuidado e diretrizes clínicas se propunham a nortear o trabalho dos profissionais da rede da Secretaria Municipal de Saúde, sendo instrumentos de planejamento estratégico-situacional-comunicativo da atenção à saúde. Dessa forma, abordagens baseadas em efetividade foram propostas para

organizar a atenção de acordo com a condição de risco identificado; auxiliar na tomada de decisão na clínica e gestão; capacitar os profissionais na promoção, prevenção e no tratamento dos agravos; além de estabelecer indicadores a serem monitorados/avaliados. Nessa organização estavam também previstas as ações de vigilância em saúde e promoção à saúde, bem como estratégias para a atenção à demanda assistencial a ser programada.

São explorados aqui alguns dos programas que apontavam para a organização da atenção focada na abordagem do paciente portador de condições/doenças crônicas e que propiciaram a sustentação das atividades propostas pelo LIACC em Curitiba. Além disso, são apontadas as estratégias empregadas para apoiar a gestão da clínica, a gestão por resultados e os movimentos voltados para a revisão das abordagens de apoio a mudanças de comportamento que conduziram processos inovadores durante a experiência do LIACC.

2.1 A Experiência do Programa Mãe Curitibana

Edvin Javier Boza Jimenez
Lourdes Terezinha Pchebilski

Historicamente no Brasil, a cobertura da atenção pré-natal tem sido baixa e as gestantes peregrinam em trabalho de parto pelas maternidades, sem garantia de atendimento. Em Curitiba, antes de 1999, quando foi implantado o Programa Mãe Curitibana, 30% das mulheres grávidas buscavam mais de um serviço de saúde quando em trabalho de parto. A procura de vagas concentrava-se nos grandes hospitais, com a utilização inadequada de leitos no que se refere à complexidade. Isso gerava situações em que maternidades aptas para a atenção às gestantes de alto risco estavam com seus leitos ocupados por gestantes de baixo risco, assim como leitos de UTI neonatal eram ocupados por crianças com prematuridade evitável. O início ao pré-natal era tardio e a maioria das mulheres optava por realizar pré-natal em hospitais pela garantia do parto. Além disso, a frequência de consulta puerperal era baixa, dificultando a identificação do risco reprodutivo e captação precoce para o planejamento familiar.

Com uma população de 576.475 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)⁽²⁾, e uma população de nascidos vivos de 29.475 em 1999, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba se propõe a reverter o quadro descrito, com o lançamento do Programa Mãe Curitibana, em março de⁽¹⁸⁾. O Programa Mãe Curitibana teve como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessárias, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno. O programa inovador tinha como princípios humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade da assistência às gestantes e crianças de Curitiba⁽²¹⁾.

Processos de organização da atenção e do sistema de prestação de serviços, suporte à decisão por meio da implantação de protocolos e a estruturação de um sistema de informação clínica ao longo dos últimos anos possibilitaram a implantação e qualificação do Programa. Desde a estruturação do Sistema Integrado de Serviços e da linha de cuidado materno-infantil, o Programa definiu a articulação de fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços do

SUS. A Unidade Básica de Saúde caracterizou-se como a porta de entrada e de acolhida das gestantes, realizando consultas, coleta de material para realização dos exames laboratoriais e fornecimento dos medicamentos, com retaguarda do Laboratório Municipal. Organizaram-se as referências hospitalares conforme o grau de risco gestacional, com vinculação da gestante à maternidade já na primeira consulta de pré-natal.



Foto 7. A atenção à gestante no Programa Mãe Curitibana (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

As maternidades vinculadas ao SUS, todas qualificadas como *Amigas da Criança*, passaram a dar cobertura ao Programa, sendo duas de alta e quatro de baixa complexidade, com visitas programadas para gestantes. No pós-parto, por meio de agendamento *online* no momento da alta hospitalar, eram garan-

tidas as consultas puerperais, inclusão no programa de planejamento familiar e acompanhamento da criança⁽²⁴⁾.

A implantação dos Programas Mulher de Verdade (atenção às mulheres vítimas de violência) e a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco à violência no início dos anos 2000, ampliaram a retaguarda do cuidado. Em 2006 foi implantada a Unidade de Saúde Mãe Curitibana e em 2009, o Programa Pai Presente, visando estimular a participação do pai no pré-natal.



Foto 8. O programa Pai Presente (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

As gestantes e os pais do bebê são convidados a participar de oficinas de preparação ao parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê, planejamento familiar e visitam previamente a maternidade. Assim, os pais são estimulados a acompanharem a gestação com o objetivo de fortalecer laços familiares.

A publicação dos protocolos clínicos de: 1. Atenção ao Pré-Natal, Parto, Puerpério, atenção ao recém-nascido; 2. Planejamento familiar; 3. Urgências e emergências obstétricas, reafirmou a padronização das condutas e apoiou as capacitações de todos os profissionais de saúde envolvidos no Programa.

As rotinas de atenção pré-natal preconizavam a acolhida e vinculação da gestante na Unidade Básica de Saúde, com identificação da maternidade onde seria realizado o parto, bem como a solicitação de exames laboratoriais (Hemograma, ABO e Rh, VDRL (1º, 2º e 3º trimestres), HIV (1º e 3º trimestres), Toxoplasmose, Glicemia de jejum e TOTG, Parcial de urina (1º, 2º e 3º trimestres), Urocultura (1º, 2º e 3º trimestres), Sorologia para hepatite B e ecografia).

Visando o atendimento integral às gestantes e a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis, toxoplasmose e hepatite B, os indicadores de saúde foram priorizados e pactuados com as equipes de atenção básica. As equipes passaram a realizar o monitoramento do tratamento das gestantes, bem como a investigação e o acompanhamento dos recém-nascidos expostos. O Programa Mãe Curitibana foi o primeiro dentre as capitais brasileiras a implantar a testagem sorológica do HIV de forma descentralizada para todas as gestantes acompanhadas pelo SUS. Além disso, com a implantação do Programa Pai Presente, foram também disponibilizados os exames HIV e VDRL para os parceiros das gestantes vinculadas⁽²⁵⁾.

Em casos de comprovação de que gestante é HIV positivo, a UBS solicita o exame CD4 e carga viral e a encaminha para serviços de referência especializados para atenção pré-natal, parto e puerpério. O monitoramento, incluindo a investigação do pai e outros filhos, é feito em conjunto pelo serviço especializado e a UBS, com o suporte do Centro de Epidemiologia e Coordenação do Programa na SMS.

A identificação e o seguimento constante das gestantes passaram a ser responsabilidade da UBS em qualquer ponto da rede de atenção. Entre o 6º e o 7º mês, é agendada uma visita da gestante na maternidade onde o parto será realizado. O sistema integrado de atenção permite que, ao sair da maternidade, a mãe e o bebê já tenham consulta agendada na rede de UBS para acompanhamento, captação da mãe para o Programa de Planejamento Familiar e do bebê para vacinação, avaliação de risco e inscrição no Programa da Criança.

Nesse processo de organização da rede de atenção, o Programa oportunizou a vinculação da SMS com outras instituições parceiras, como as maternidades e sociedades científicas, que apoiam o constante aprimoramento de medidas a serem implantadas e avaliadas. Além dessas parcerias, o Programa ainda mantém constante interrelação com outras ações e setores da SMS, incluindo:

- Coordenação de DST/Aids, garantindo o acesso à testagem para HIV e encaminhamento às referências quando necessário, além da realização do teste rápido do HIV para gestantes no momento da internação para o parto;
- Centro de Epidemiologia, tornando possível, por meio do monitoramento dos dados referentes às Doenças de Notificação Obrigatória, a análise do perfil epidemiológico das gestantes e bebês;
- Programa de Saúde da Criança, participando da construção dos protocolos e acompanhamento dos fluxos;
- Programa Adolescente Saudável, com a realização diferenciada do pré-natal da gestante adolescente e disponibilização de métodos contraceptivos para a faixa etária;
- Programa Saúde do Adulto, participando na confecção dos protocolos, visando principalmente o risco reprodutivo em usuárias hipertensas, diabéticas e outras doenças crônico-degenerativas;
- Programa Saúde Bucal, participando na confecção dos protocolos, organizando o atendimento odontológico às gestantes e seus bebês;
- Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde, no acompanhamento das ações desenvolvidas e satisfação dos usuários.

A estruturação do sistema informatizado, com sua implantação em todos os níveis da SMS de Curitiba a partir de 1999, possibilitou a organização de um sistema de informação essencial para o desenvolvimento do Programa. No prontuário eletrônico consta a vinculação ao pré-natal, a classificação do risco gestacional, tipo de parto, avaliação puerperal precoce e tardia e orientações referentes ao planejamento familiar⁽¹⁸⁾. A operacionalização do Programa Mãe Curitibana na atenção de gestantes de alto risco foi organizada por meio de uma central de marcação de consultas especializadas e informatização da rede de saúde.

O fortalecimento do vínculo com a comunidade é reforçado com a disponibilização de informações de suporte ao cuidado materno-infantil e recursos para atenção em saúde por meio do site <http://www.maecuritibana.com.br/ProgramaMaeCuritibana>.

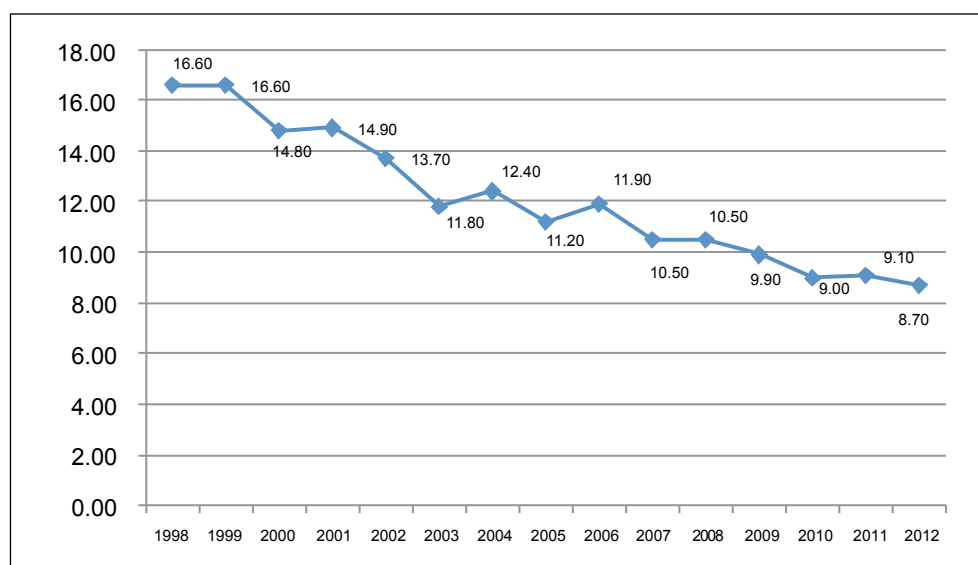
Resultados

Desde sua criação em 1999, cerca de 200 mil gestantes e seus recém-nascidos foram acompanhados pelo Programa. Do total dessa população, 13% foram diagnosticadas como de médio ou alto risco e a via de parto foi vaginal em 70% dos casos. Em 2010, 89,6% das pacientes vincularam-se no início da gravidez e puderam fazer sete ou mais consultas de pré-natal.

Foram observadas reduções significativas nas taxas de mortalidade materna e infantil, transmissão vertical do HIV, gravidez na adolescência, além do aumento da captação precoce da gestante e consultas de pré-natal, com melhores índices de aleitamento materno.

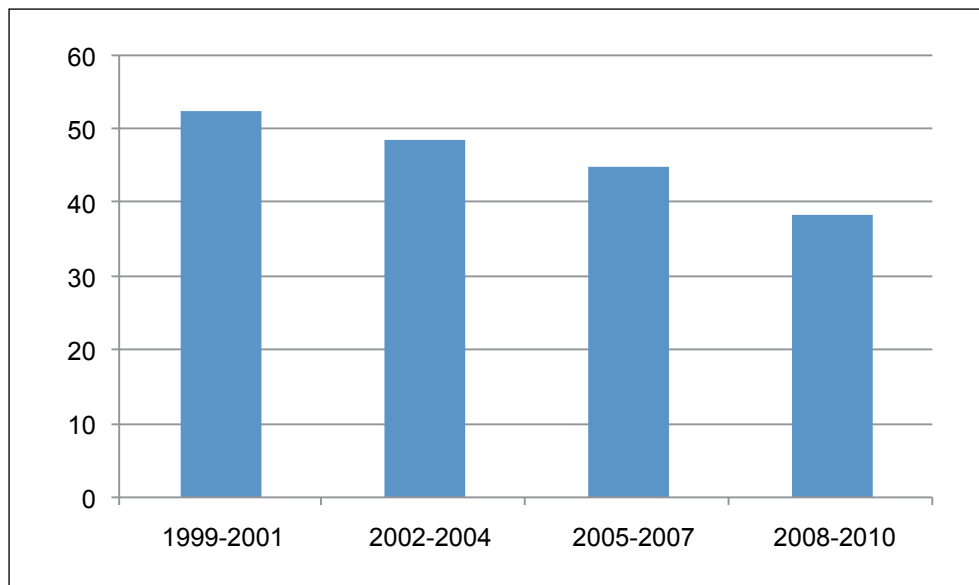
O número de gestantes com menos de 20 anos de idade caiu de 19,8% em 1998 para 13,4% em 2011. A mortalidade infantil reduziu de 16,6 por 1.000 nascidos vivos (NV) em 1998 para 8,7 por 1.000 NV em 2011 (Figura 4). A mortalidade materna também caiu de 60,5 por 100 mil NV entre 1994 e 1999, para 43,9 por 100 mil NV de 2000-2005, e nos últimos cinco anos para 38,6 por 100 mil NV (Figura 5)⁽²⁶⁾.

Figura 4. Coeficiente de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos, Curitiba, de 1997 a 2011



Fonte: Curitiba/SMS/CES, 2012

Figura 5. Redução de morte materna por 100 mil nascidos vivos, Curitiba



Fonte: Curitiba/SMS/CES, 2012

Além do impacto sobre indicadores de saúde materno-infantil, o Programa promoveu mudanças importantes na estruturação das redes de atenção na cidade e na organização e qualificação do sistema de prestação de serviços. Entre essas mudanças destacam-se:

- a) Ampliação do número de leitos de médio risco e UTI Neonatal.
- b) Oportunidades para a construção da cidadania para as gestantes do Programa que conhecem e têm acesso aos seus direitos.
- c) Agilidade no acompanhamento do recém-nascido de risco.
- d) Estímulo ao parto normal.
- e) Carteira de pré-natal para as gestantes curitibanas, de forma universal.
- f) Oferta da testagem do HIV nas UBS e todas as maternidades SUS e não SUS.
- g) Disponibilização da imunoglobulina anti RH na 28ª semana e no momento do parto.
- h) Estruturação da Unidade Municipal de Saúde Mãe Curitibana, com implantação de serviço de imagem, garantindo ecografias obstétricas a todas as gestantes, incluindo ecocardiografia fetal.

- i) Implantação de posto de coleta de leite humano na UBS Mãe Curitibana e em outras unidades.
- j) Protocolo do Planejamento Familiar incluindo organização de serviços para realização de vasectomias e laqueaduras.
- k) Protocolo para Atendimento às Urgências e Emergências Obstétricas para o município de Curitiba.
- l) Captação da gestante antes do 4º mês de gestação em mais de 80% dos casos.
- m) Consultas de puerpério agendadas *online* na UBS no momento da alta hospitalar.
- n) Redução na transmissão vertical do HIV; em 1999, a prevalência de gestantes HIV-positivo era de 0,51% e a taxa de transmissão vertical do HIV, de 5,1%. Em 2009, a prevalência de gestantes HIV-positivo foi de 0,51% e a taxa de transmissão vertical do HIV reduziu para 2,5%⁽²⁵⁾.
- o) Aumento na participação do Pai Presente no Pré-natal.



Foto 9. A atenção no Programa Mãe Curitibana (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

O Programa Mãe Curitibana ampliou a satisfação dos usuários com as ações implementadas explicitadas por meio de pesquisas na comunidade. O fato de saber desde o início do pré-natal onde será seu parto, a visita à maternidade durante a gestação, a facilidade e segurança de realizar o pré-natal em local próximo à sua residência, dão à gestante conforto e segurança para si, para seu bebê e seus familiares. As consultas puerperais permitem a identificação precoce de complicações advindas do parto, além de oportunidades para o planejamento familiar, orientações e incentivo ao aleitamento materno.

O trabalho acolhedor e seguro, gerador de vínculo com a gestante num momento especial que é o de dar a luz, reafirma o respeito e compromisso com a vida em Curitiba. O Programa tem conseguido atingir seus objetivos graças ao comprometimento dos profissionais de saúde, serviços envolvidos e apoio da comunidade no processo de desenvolvimento de uma rede integrada de atenção à gestante e a seus filhos, de forma mais humana e solidária.

O Programa Mãe Curitibana tem incentivado a implantação de estratégias similares em outras cidades e estados no Brasil, como São Paulo (Programa Mãe Paulistana), Campo Grande (Mãe Morena) e no Estado de Pernambuco (Programa Mãe Coruja).

Seu caráter inovador tem sido reconhecido nacional e internacionalmente pelas premiações: Prêmio Gestão Pública e Cidadania, Fundação Getúlio Vargas/Fundação Ford/BNDA (2001). Experiência inovadora no SUS – Projeto ReforSUS. Realização de vasectomia em Unidades Básicas de Saúde, Ministério da Saúde (2001). Menção Honrosa no Congresso da Rede Unida, “O Programa Mãe Curitibana – Fomentando a Humanização da Atenção Materna Infantil” (2003). Prêmio Bibi Vogel. O PROAMA e suas ações para fomentar e promover o aleitamento materno (2005 e 2011). Prática Ganhadora na 2ª Edição do Prêmio ODM Brasil, Objetivos do Milênio (2008). Premiação no Concurso Nacional de Boas Práticas em Maternidade Segura, OPAS/OMS (2011).

Além disso, a experiência do Programa Mãe Curitibana apontou caminhos importantes para a construção de ações estratégicas para o desenvolvimento do LIACC em Curitiba. Aspectos da organização da atenção, do suporte à decisão, da organização do sistema de prestação de serviços e sistema de informação clínica, além da articulação com as demandas prioritárias da população em relação à saúde, são elementos fundamentais do Modelo de Atenção às Condições

Crônicas proposto no LIACC, referenciados na experiência bem-sucedida do Programa Mãe Curitibana.



Foto 10. A atenção em saúde bucal no Programa Mãe Curitibana (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

2.2 A Experiência do Programa de Controle do Tabagismo

Claudia Palm

O pioneirismo de Curitiba na luta contra o tabagismo é histórico. Enquanto ainda cresciam os índices de fumantes em todo país, a cidade de Curitiba dava seus primeiros passos no enfrentamento da epidemia e redução de riscos.

Em 1952, na gestão do então prefeito Erasto Gaertner, foi promulgada a Lei Municipal nº 527, de 18 de julho, uma das mais antigas legislações antifumo do Brasil, que proibia o uso de produtos fumígenos nos transportes coletivos da capital. Erasto Gaertner foi o primeiro médico prefeito de Curitiba e na sua gestão foi fundado o hospital do câncer, que hoje leva o seu nome⁽²⁷⁾.



Foto 11. A "Greve do Fumo" em Curitiba (Arquivo Secretaria Estadual da Saúde do Paraná)

Em 1979, quando o Estado realizava a gestão da saúde nos municípios, a cidade de Curitiba realizou várias ações informativas e educativas, por meio de cartazes, palestras e corridas rústicas, visando conscientizar a população dos malefícios do fumo. Esses eventos culminaram num ato antifumo organizado pelo servidor médico Jayme Zlotnik, denominado “*Greve do Fumo*”, realizado em 29 de agosto de 1980 (foto na página anterior), reunindo milhares de jovens na Boca Maldita de Curitiba.

Em outubro do mesmo ano era publicada a Lei nº 6.167/1980, sancionada em 02 de outubro de 1980⁽²⁸⁾, que proibia o tabagismo em recintos fechados onde houvesse trânsito ou permanência de pessoas, como elevadores, hospitais, teatros, auditórios e salas de aula das escolas da rede municipal de ensino.

Em novembro de 1980, foi criado o “Dia Paranaense de Combate ao Fumo” por meio da Lei Estadual nº 7.410, e seis anos após foi sancionada a Lei Federal nº 7.488/86, instituindo o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, em homenagem à greve do fumo⁽²⁹⁾.

A municipalização das ações do Programa de Controle do Tabagismo ocorreu em 1998, quando Curitiba assumiu a gestão plena, conforme Norma Operacional Básica – NOB-SUS/96, iniciando as capacitações de técnicos da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba para gestão e execução das ações, conforme orientação do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde – INCA/MS.

A elaboração do plano municipal de controle do tabagismo ocorreu em 1999, iniciando-se com estudos de prevalência e promoção de ambientes livres de cigarro na própria sede da SMS, com posterior expansão para as UBS, escolas da rede municipal e centros municipais de educação infantil.

Visando a promoção de ambientes livres do cigarro em todo o município de Curitiba, ocorreram capacitações voltadas aos profissionais da área da saúde e dos recursos humanos e produção de material educativo adesivado, indicando os locais específicos para fumantes (chamados fumódromos) e para não fumantes.

Para prevenção da iniciação ao fumo entre os alunos de escolas públicas foram realizadas capacitações com educadores e pedagogos dos Núcleos de Educação da Secretaria Municipal de Educação – SME. Pelas ações de controle do tabagismo nos ambientes de trabalho, em especial aquelas realizadas em 2002, o município de Curitiba recebeu menção honrosa do Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS)⁽³⁰⁾.

Figura 6. Material educativo – Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba



Fonte: Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba – SMS/Curitiba.

O primeiro ambulatório de tabagismo, criado em 2002, na Unidade de Atenção ao Idoso Ouidor Pardini, foi um passo significativo na oferta de tratamento ao usuário que quisesse parar de fumar.

A partir de 2004, inicia-se intensa programação de educação permanente sobre tabagismo, capacitando profissionais de saúde de nível superior (enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, cirurgião-dentista, psicólogo e terapeuta ocupacional) na abordagem mínima ao fumante e na abordagem e tratamento intensivo do tabagismo, cursos com duração de 4 e 12 horas, respectivamente. As vagas ofertadas estenderam-se não somente aos servidores da rede municipal, mas também aos profissionais da comunidade em geral interessados em oferecer o programa de controle do tabagismo em seus serviços de saúde. Com esses profissionais capacitados, ampliou-se progressivamente a rede de serviços municipais que oferecem abordagem e tratamento intensivo ao fumante.

O Protocolo de Orientações para o Profissional de Saúde na Abordagem Mínima do Tabagismo⁽³¹⁾ foi elaborado e lançado como ferramenta de auxílio aos profissionais no cuidado ao fumante.

Figura 7. Protocolo de Orientações para o Profissional de Saúde na Abordagem Mínima do Tabagismo



Fonte: Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba – SMS/Ctba

Outros materiais educativos também foram publicados, com destaque para o folder “Vida saudável sem cigarro” de 2007, utilizado principalmente em eventos pontuais, como o Dia Mundial sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao fumo, para sensibilização da população sobre os malefícios do fumo e orientações para parar de fumar.

Figura 8. Material educativo – Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba

Avalie seu consumo de cigarros

CO (ppm)	% COHb	Consumo de cigarros	Indicador
0-5	0-0,8	Não fumantes	Verde
6-10	1-1,6	Fumante leve	Amarelo
11-72	1,8-12	Fumante pesado	Vermelho
>72	>12	Suspeita de Envenenamento	Vermelho + alarme

PARABÉNS, VOCÊ TIROU O CIGARRO DE SUA VIDA

VIVA SAUDÁVEL SEM CIGARRO

Tire este **VILÃO** da sua vida!!!

Logos: SMS Curitiba, Prefeitura Municipal de Curitiba

Fonte: Programa de Controle do Tabagismo de Curitiba – SMS/Ctba

Ainda em 2007, a SMS integra a Rede Paranaense para o Controle do Tabaco em Mulheres, parceria entre SMS/Ctba, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR e *University of Alabama at Birmingham*, EUA.

Avanços na legislação municipal, com a publicação da Lei 13.254, de 19 de agosto de 2009⁽³²⁾, permitiram a instituição de ambientes 100% livres do tabaco, proibindo o uso de qualquer produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em todos os ambientes fechados. A partir desse momento, a SMS de Curitiba intensifica seu protagonismo em ações intersetoriais para implementa-

ção da nova legislação na cidade, com suporte da Direção de Centro de Saúde Ambiental, do Centro de Informação em Saúde, da Diretoria de Promoção da Saúde e da Rede de Ambientes Saudáveis da Secretaria Municipal da Saúde, atuando tanto no processo de fiscalização dos estabelecimentos do município, quanto na mobilização de pessoas e instituições como empresas de transporte coletivo, universidades, escolas públicas e privadas, Unidades de Saúde, e o setor empresarial da cidade.

Com a experiência acumulada no desenvolvimento de estratégias dentro e fora do Setor Saúde, Curitiba ampliou sua capacidade de organização de redes de suporte ao controle do uso de produtos de tabaco. Assim, a coordenação do Programa de Controle do Tabagismo participou da construção do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas – LIACC, oferecendo ferramentas para a abordagem ao fumante com condições crônicas.

Nos grupos de autocuidado apoiado, o usuário fumante era abordado quanto à motivação e pactuação para parar de fumar e continuar no tratamento por meio da abordagem mínima ou intensiva. Como ações específicas do enfrentamento do tabagismo, dentro do LIACC, foram realizadas capacitações dos profissionais da saúde, tanto na abordagem mínima quanto na intensiva, auxiliando-os na condução dos grupos de terapia cognitiva/comportamental e no manejo dos medicamentos específicos.

Em 2012 participaram no Curso de Abordagem Mínima 158 profissionais de saúde; 62 profissionais no Curso de Abordagem e Tratamento Intensivo do Tabagismo. Foram atendidos 2.305 fumantes no programa de cessação de fumar com Abordagem e Tratamento Intensivo do Tabagismo em 32 serviços com Atenção Intensiva do Tabagismo⁽²⁶⁾.

Atualmente, a SMS conta com 53 equipamentos de saúde cadastrados no Programa de Controle do Tabagismo, atendendo em média 750 usuários a cada trimestre, com 45% de cessação, calculado conforme os critérios do INCA/MS.



Foto 12. A "Greve do Fumo" em Curitiba (Arquivo Secretaria Estadual da Saúde do Paraná).

2.3 A Experiência da Área de Alimentação e Nutrição

Angela Cristina Lucas de Oliveira

A alimentação é considerada fator de proteção ou de risco para ocorrência de grande parte das doenças e das causas de morte atualmente. Sendo assim, considera-se que a inserção de ações de alimentação e nutrição na APS, integrada às demais ações já garantidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representa importante aspecto na saúde de pessoas, famílias e comunidades⁽³³⁾.

Levando isso em consideração, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba tem incrementado esforços para fortalecer a área de alimentação e nutrição. Nesse sentido, vale destacar a ampliação do número de nutricionistas de seu quadro funcional, passando de dois profissionais em 2005 para mais de quarenta em 2009. As ações, com vistas à intersectorialidade, buscam a integração no campo da alimentação e nutrição a outras políticas sociais como educação, abastecimento, assistência social, esporte, lazer.

Além de atividades relacionadas à gestão das ações de alimentação e nutrição e na área de vigilância sanitária de alimentos, o profissional nutricionista passou a integrar, juntamente com o psicólogo, o profissional da educação física, o fisioterapeuta e o farmacêutico, as equipes dos 29 NAAPS (Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde) implantados na SMS em 2009. O nutricionista também atua na Unidade de Saúde Mãe Curitibana e na Unidade de Atenção ao Idoso Ouvidor Pardinho. Os NAAPS atuam em todos os Distritos Sanitários e UBS e surgiram com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações básicas, bem como sua resolubilidade, reforçando a rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Pautados no trabalho de equipes multiprofissionais, que atuam na construção do cuidado em saúde em territórios definidos, os NAAPS foram moldados no modelo de integralidade da atenção primária à saúde, sendo a promoção da saúde a norteadora das ações no município.

O trabalho multiprofissional pode contribuir para a efetividade das ações de nutrição, a partir da construção compartilhada de conhecimentos. No que se refere à atuação do nutricionista nesse âmbito da atenção à saúde, suas responsabilidades têm por objetivo central contribuir com o planejamento e a

organização das ações de cuidado nutricional local, visando qualificar os serviços e melhorar sua resolubilidade, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares e nutricionais que acometem a população daquele território⁽³³⁾.

As ações da área de alimentação e nutrição desenvolvidas pela SMS de Curitiba seguem as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que é o elo entre as Políticas de Saúde e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN).

Em relação à promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, é desenvolvida uma série de atividades, cabendo destacar:

- 1) Realização de ações de educação nutricional pelos nutricionistas dos NA-APS, tanto nas UBS quanto em outros equipamentos sociais e espaços da comunidade. Os demais componentes das equipes de saúde também realizam ações de promoção da alimentação saudável, mediante orientação realizada pela equipe de nutricionistas da SMS. Essas ações levam em consideração especificidades das fases do curso da vida. Nas atividades realizadas busca-se a intersetorialidade com as Secretarias Municipais da Educação e Abastecimento, com a Fundação de Ação Social, com Instituições de Ensino, entre outros.
- 2) Desenvolvimento do PROAMA (Programa de Aleitamento Materno), destinado ao estímulo da prática do aleitamento materno.
- 3) Publicação e distribuição orientada de folders sobre alimentação saudável, além das Cartilhas ALIMENTAÇÃO INFANTIL – ORIENTAÇÕES AOS PAIS, destinada a familiares de crianças menores de 10 anos, e ALIMENTAÇÃO PARA UMA VIDA SAUDÁVEL, destinada a pessoas a partir de 10 anos de idade.
- 4) Desenvolvimento de atividades lúdicas sobre alimentação e nutrição, destacando-se as relacionadas ao ARMAZÉM DA SAÚDE CURITIBANA, à trilha UMA VIDA GOSTOSA e ao kit de nutrição do ÔNIBUS DO ADOLESCENTE SAUDÁVEL.
- 5) Desenvolvimento do Programa SAÚDE NA ESCOLA (PSE), em parceria com as Secretarias Municipal e Estadual da Educação e Secretaria Estadual da Saúde.
- 6) Desenvolvimento de ações direcionadas às famílias titulares de direito dos Programas FAMÍLIA CURITIBANA e BOLSA FAMÍLIA, assim como às famílias

de crianças participantes do Programa LEITE DAS CRIANÇAS e outros programas relacionados à área de alimentação e nutrição.

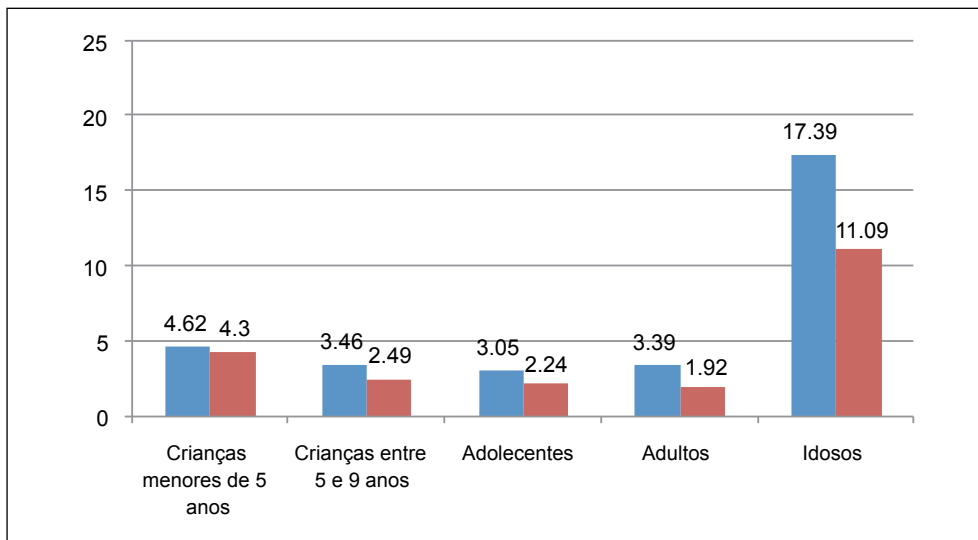
Em relação à prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição, merecem destaque as ações voltadas ao cuidado de indivíduos portadores de necessidades alimentares especiais, bem como ao combate e controle do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

A crescente demanda em Curitiba, assim como no Brasil de uma forma geral, para o atendimento de pacientes que necessitam de continuidade na terapia nutricional após a alta hospitalar, fez com que a SMS de Curitiba implantasse, em agosto de 2006, o Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional, envolvendo nutricionistas, médicos e enfermeiros, entre outros profissionais. A assistência multiprofissional integrada desenvolve papel importante no suporte clínico e emocional, ao minimizar receios e apreensões, bem como favorece o engajamento do paciente e da família na terapia nutricional domiciliar. O atendimento estendido até o domicílio humaniza e individualiza o tratamento, trazendo mais conforto e segurança aos pacientes e familiares. Em 2011, o protocolo desse Programa, validado por várias sociedades científicas, foi lançado como suporte à decisão⁽³⁴⁾.

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Essas transformações acarretaram a diminuição da fome e da desnutrição, entretanto, vieram acompanhadas do aumento vertiginoso da obesidade em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição⁽³⁵⁾.

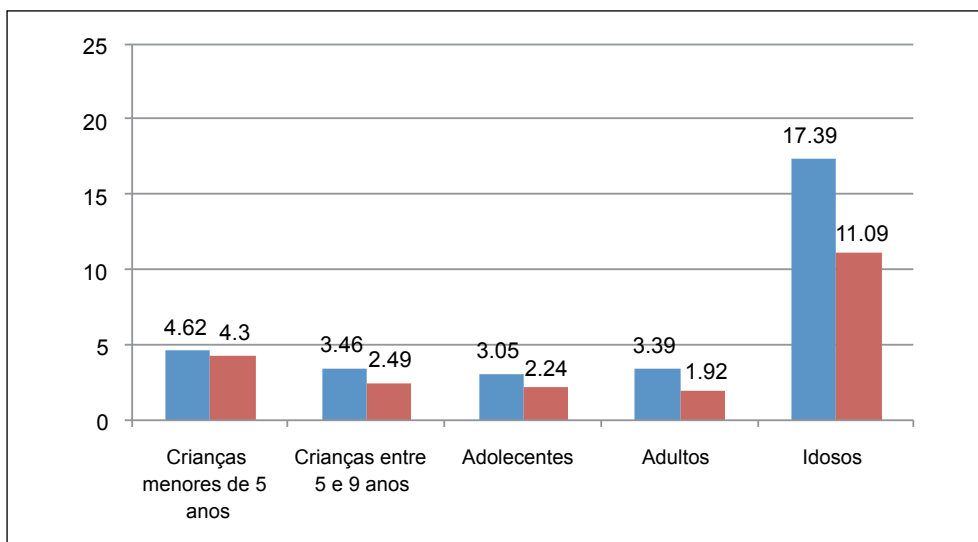
A transição nutricional verificada em nível nacional pode também ser observada na população usuária das UBS de Curitiba, analisando-se os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), implantado em 1991. As Figuras 9 e 10 mostram uma série histórica de 2001 a 2011, na qual é possível verificar uma redução na prevalência dos indicadores de déficit nutricional e um aumento do excesso de peso da população, em todas as faixas etárias.

Figura 9. Percentual de déficit nutricional na população usuária das UBS da SMS de Curitiba – 2001/2011



Fonte: Curitiba, SISVAN, 2011.

Figura 10. Percentual de excesso de peso na população usuária das UBS da SMS de Curitiba – 2001/2011



Fonte: Curitiba, SISVAN, 2011.

Diante desse cenário epidemiológico e com a inserção do profissional nutricionista na APS, a SMS decidiu implantar em 2007 como estratégia de combate ao excesso de peso em suas UBS, Grupos de Reeducação Alimentar.

Para que os participantes dos grupos atinjam seus objetivos de perda e manutenção de peso é necessário que ocorram mudanças de comportamento alimentar e de prática de atividade física.

São vários os fatores determinantes desses comportamentos (psicológicos, culturais, econômicos), o que gera uma grande dificuldade em alcançar tais mudanças, dada a complexidade sistêmica das intervenções necessárias. Sendo assim, os nutricionistas foram capacitados e orientados a utilizar, no seu âmbito proximal de atuação, técnicas mais diretas de aconselhamento com os participantes dos grupos para mudanças de comportamento, baseadas na entrevista motivacional. Com apoio dos NAAPS a partir de 2009, os Grupos de Reeducação Alimentar incorporaram as mesmas no desenvolvimento de suas atividades das equipes multidisciplinares. As coordenações técnicas de todas as categorias profissionais componentes dos NAAPS elaboraram roteiros de conteúdos a serem trabalhados com a população, capacitando esses profissionais para tanto. Os grupos são coordenados pelo nutricionista e compostos por, no máximo, trinta e cinco participantes. As atividades dos grupos nas UBS são organizadas em encontros quinzenais (seis encontros em três meses ou mais, de acordo com a necessidade) e separadas por faixa etária (crianças, adolescentes, adultos/idosos). Em cada encontro participam pelo menos duas categorias profissionais dos NAAPS. Existem também os grupos de manutenção, que priorizam um acompanhamento dos resultados obtidos e um auxílio à consolidação dos novos hábitos alimentares adquiridos. Os NAAPS podem adaptar os roteiros à realidade de cada UBS e da população adscrita.

Assim como o nutricionista, os demais profissionais dos NAAPS foram capacitados e orientados a utilizar uma abordagem motivacional no desenvolvimento das atividades com os grupos. Isso foi reforçado com a elaboração e publicação pela SMS de Curitiba do Manual de Autocuidado Apoiado⁽³⁶⁾, destinado a qualificar as ações das equipes de saúde e do Caderno de Exercícios⁽³⁷⁾, destinado aos usuários.

Além dos Grupos de Reeducação Alimentar desenvolvidos nas UBS, a SMS também desenvolve ações em parceria com Cursos de Nutrição das universidades da cidade para o enfrentamento da obesidade em crianças e adolescentes.

Em relação a outros grupos populacionais específicos, cabe destacar a participação do nutricionista nos grupos de hipertensos e diabéticos desenvolvidos nas UBS, além de capacitação das equipes de saúde nos conteúdos relacionados à área de alimentação e nutrição. As atividades são realizadas com o apoio de uma série de materiais educativos.

A Alimentação e Nutrição no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas

O aumento da obesidade e as demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, possuem relação direta com o declínio do nível de atividade física na população, aliado a adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar⁽³⁵⁾.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações necessárias para preparar o País para enfrentar as DCNT nos próximos dez anos. Deter o crescimento da obesidade em adultos, reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, aumentar a prevalência de atividade física no lazer, aumentar o consumo de frutas e hortaliças e reduzir o consumo médio de sal, essas são algumas das metas nacionais propostas⁽³⁸⁾.

Sendo assim, fica evidente a importância da inserção da área técnica de alimentação e nutrição no desenvolvimento do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas (LIACC), implantado em 2011.

Durante a realização das atividades do LIACC, as pessoas usuárias eram convidadas a participar dos Grupos de Reeducação Alimentar. Apesar do foco ser o combate ao excesso de peso, indivíduos que não encontravam-se nessa situação mas demonstravam interesse também podiam participar.

A ideia de que além dos profissionais dos NAAPS, todos os componentes das equipes das UBS envolvidas no LIACC estariam sendo capacitadas e sensibilizadas a utilizarem uma nova abordagem no manejo das condições crônicas, buscando técnicas mais efetivas, foi entendida como uma excelente oportunidade para a promoção de práticas alimentares saudáveis, tão importantes para a prevenção e controle de doenças associadas à alimentação e nutrição.

Diante disso, a Coordenação de Alimentação e Nutrição da SMS participou em todas as fases do desenvolvimento do LIACC, desde o planejamento das ações, além das capacitações e acompanhamento das equipes das UBS. No início dos trabalhos do LIACC na UBS Alvorada, sentiu-se necessidade de um maior embasamento sobre conteúdos básicos de alimentação e nutrição por parte dos profissionais de saúde, uma vez que a necessidade de mudanças de comportamentos relacionados à alimentação por parte das pessoas com condições crônicas, como os hipertensos e diabéticos, era citada constantemente pelos mesmos.

Assim, a Coordenação de Alimentação e Nutrição elaborou um material de apoio, para ser utilizado como modelo por todos os nutricionistas dos NAAPS envolvidos com o grupo intervenção do LIACC. Esse material possui conteúdo sobre avaliação nutricional, alimentação saudável de um modo geral e sobre orientações nutricionais para condições crônicas, como diabetes e hipertensão. Os nutricionistas dos NAAPS envolvidos, cumprindo seu papel de atuar na formação e na educação continuada das equipes de saúde, se organizaram para repassar os conteúdos em mais de um momento, durante as reuniões de rotina das UBS. O material de apoio foi elaborado procurando estimular a participação ativa das pessoas durante as capacitações e com isso facilitar a compreensão e fixação dos conteúdos.

Dessa forma, os nutricionistas, assim como os demais componentes dos NAAPS pertencentes ao grupo intervenção do LIACC, participaram de todo o processo de capacitação destinado aos profissionais das UBS. Isso foi muito importante para promover um nivelamento de informações e para uma maior aproximação com as equipes das UBS. Além disso, foi desenvolvido um trabalho de narrativa da prática, estratégia pedagógica das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, procurando valorizar o conhecimento e experiência dos profissionais e visando estimular a sua participação ativa no desenvolvimento do LIACC.

Todo o trabalho desenvolvido com os nutricionistas, assim como com os demais componentes dos NAAPS, fortaleceu o trabalho em equipe, sendo esse grupo um importante incentivador e apoiador das atividades do LIACC nas UBS.



Foto 13. Atividade no Grupo de Alimentação e Nutrição desenvolvida pelos NAAPS (fotógrafo: Patrícia Audrey Reis Gonçalves Pinheiro).



Foto 14. Atividade no Grupo de Alimentação e Nutrição desenvolvida pelos NAAPS (fotógrafo: Karyne Sant'ana Gonzales Gomes).

2.4 A Experiência do Programa de Atividade Física e Práticas Corporais

Simone da Graça das Chagas Lima

A prática da atividade física no Brasil tem uma história construída desde o final dos anos 1960, com a influência dos trabalhos do Dr. Keneth Cooper com o método Cooper (12 min – Corrida); das Campanhas do “Mexa-se” dos anos 1970; do fisiculturismo; do culto ao corpo perfeito; e, do *boom* das academias de ginástica dos anos 1980 e 1990. Décadas que de certa forma estimularam a população a perceber a importância da prática da atividade física, mesmo que no início isso fosse apenas pela imagem pessoal e não pela saúde.

Foi a partir desse contexto que grupos acadêmicos começaram a divulgar pesquisas que comprovavam a eficácia da prática da atividade física regular e a relação direta com a saúde foi melhor explicitada. Diante desse movimento e em virtude da relevância apontada pelo segmento acadêmico da prevenção de agravos e da promoção da saúde por meio de uma prática regular e orientada da Atividade Física, evidenciavam-se resultados significativos. No século XXI, predomina a premissa da busca (ou do desejo) do ser humano pela saúde e a prática de uma atividade física regular, aliada a uma alimentação correta e saudável. São, também, consideradas como atitudes desejáveis e prescritas pelos diferentes profissionais da saúde.

Atentos a esses movimentos, gestores municipais investiram na implantação de uma série de ações voltadas para o estímulo da atividade física. Em Curitiba, criaram-se vários equipamentos públicos que privilegiavam a prática de uma atividade física orientada por profissionais de educação física habilitados e especializados, de forma a garantir gratuitamente à população da cidade a oportunidade dessa prática também como forma de prevenir doenças e promover sua saúde. Coube inicialmente à Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL) o protagonismo dessa ação como política pública municipal.

A Secretaria Municipal da Saúde, preocupada com a grande demanda de pessoas com condições/doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, buscou inicialmente estabelecer uma parceria com a SMEL de forma que professores de educação física apoiassem os usuários, em especial pessoas com agravos leves

e moderados, a praticarem atividade física como parte do tratamento dessas condições crônicas. A parceria foi exitosa, porém a demanda crescente por parte dos usuários e a ampliação da prescrição da equipe médica, inviabilizavam a participação direta da SMEL na oferta desses serviços. Como resultado do esforço participativo inicial e em resposta a essa demanda, profissionais de Educação Física passaram a atuar diretamente na SMS.

O Profissional de Educação Física foi reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde em Resolução nº 218/1997, como profissional da saúde⁽³⁹⁾. A construção da integralidade da atenção à saúde, preceito constitucional do SUS, requer a atuação de equipes multiprofissionais. Assim, a educação física passa a ser reconhecida como área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional envolvida com a promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde. Vários são os referenciais que sustentam cientificamente a relação positiva entre a atividade física e saúde, bem como a inatividade física a uma série de doenças que acometem as populações⁽⁴⁰⁾.



Foto 15. Atividade no Grupo de Adultos e Idosos pelos NAAPS (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

Com a criação dos NAAPS em Curitiba, em 2009, e a inclusão de 29 profissionais de educação física, foi necessário novamente contar com o apoio da SMEL, que, por meio de um processo seletivo interno em seu quadro de funcionários, oportunizou a inclusão desses profissionais nas novas equipes multiprofissionais em construção.

Com a inclusão desses profissionais na rede municipal de saúde, foram intensificadas no cotidiano dos serviços de saúde as ações de prevenção e promoção, potencializando as ações intersetoriais, a participação social e otimizando os recursos comunitários de forma a promover a melhoria da qualidade de vida do cidadão curitibano. A prática de atividade física e a adoção de comportamentos mais ativos foram então estimuladas nas ações desenvolvidas pelas UBS. Algumas dessas atividades se desenvolveram a partir da organização dos grupos de caminhadas, de ginástica, de alongamento, de dança, gincanas, bailes, entre outros. Eram práticas incorporadas na rotina das UBS que atendiam a população jovem, adulta e idosa, e em especial os portadores de alguma condição crônica.

Tais atividades visavam promover uma educação efetiva e permanente para a saúde e a ocupação do tempo livre e de lazer, como meio eficaz para a conquista de um estilo de vida ativo e compatível com as necessidades de cada etapa e condições da vida do ser humano, como também promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades de indivíduos e grupos, atuando como agente de transformação social.

O conjunto dessas ações propicia a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos problemas e de danos decorrentes de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, depressão, a redução do consumo de medicamentos, a formação de redes de suporte social e a participação ativa do cidadão curitibano na construção de sua saúde.

A prática de atividade física regular e contínua possibilita escolhas nos modos de se relacionar com o corpo e de se movimentar, compreendidas como benéficas à saúde. As atividades desenvolvidas são de orientação para a realização de exercícios, de práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, de forma a minimizar os riscos e a proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado, por meio da prática regular de uma atividade física orientada.

Para ilustrar as atividades desenvolvidas em Curitiba sugerimos ao leitor que acesse o vídeo sobre "*Atividade Física para Idosos*", que pode ser encontrado no

site www.saude.curitiba.pr.gov.br e acessar o banner “Orientações e Prevenções”. Esse vídeo foi construído junto aos grupos de atividades físicas desenvolvidos nas UBS, orientados pelos Profissionais de Educação Física da SMS Curitiba.



Foto 16. Atividade no Grupo de Adultos e Idosos pelos NAAPS (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

2.5 A Experiência do Programa de Fisioterapia

Claudia Schneck de Jesus

A SMS Curitiba, a fim de cumprir o expresso em sua missão e de acordo com o aprovado na 5ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba⁽⁴¹⁾, apontando para a adequação dos recursos humanos às novas demandas de atenção à saúde no município, aprovou em 2001 a contratação de novos profissionais em seu quadro funcional, como os fisioterapeutas.

No Brasil, a Fisioterapia é uma profissão relativamente recente, estabelecida há 40 anos, sendo definida então como *“profissão auxiliar da área da saúde que faz uso de modalidades de fisioterapia para prevenir, corrigir e aliviar, minorar disfunções do movimento de origem anatômica ou fisiológica”*⁽⁴²⁾. Em sua raiz histórica, atuava na reabilitação de lesados medulares e amputados⁽⁴³⁾. Mais recentemente, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, definiu a Fisioterapia como *“uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais”*⁽⁴²⁾.

No contexto da Atenção Primária em Saúde, os fisioterapeutas devem atuar junto à equipe multiprofissional na busca pela promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, objetivando o máximo de capacidade funcional e independência física dentro da comunidade^(44,45,46). Antes da incorporação desse profissional nas equipes de APS, a SMS de Curitiba oferecia o tratamento fisioterapêutico aos usuários por meio de cotas nas suas clínicas contratadas e conveniadas ao SUS. Os usuários que procuravam as UBS eram encaminhados pelos médicos que procuravam as UBS e aguardavam uma vaga para início desse tratamento. A partir do ano 2003, os fisioterapeutas iniciaram os registros de suas ações junto às UBS no prontuário eletrônico da Secretaria. Com esses registros tornou-se possível a realização do levantamento das atividades da fisioterapia na

APS de Curitiba, caracterizando assim a importância da atuação desse profissional na atenção integral à saúde⁽⁴⁷⁾.

Histórico da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde de Curitiba

Em dezembro de 2001, um grupo de 20 fisioterapeutas foi contratado por meio de concurso público para atuar na APS na SMS Curitiba. Iniciou-se então um trabalho específico, desbravando os espaços para ação desses profissionais nesse campo de atuação. Estes 20 fisioterapeutas pioneiros estavam distribuídos nos oito Distritos Sanitários existentes na época e explicitavam, desde o início, a inadequação de sua formação profissional para atuarem na APS. Sem referenciais oriundos da formação profissional, a qual segundo Portes *et al*⁽⁴⁸⁾, somente foi impulsionada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação em Fisioterapia a partir de 2002, a alternativa foi buscar junto ao conselho de classe – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Regional Paraná, o suporte para definição de ações mais efetivas e possíveis legislações da categoria voltadas à APS, Saúde Coletiva ou Saúde Pública.

Por meio de um processo de aprendizado coletivo e reconhecimento de necessidades, estabeleceu-se um movimento de capacitação para o trabalho e a identificação de uma demanda reprimida de solicitações médicas para fisioterapia de até cinco anos de espera, sendo que alguns usuários ainda não tinham acesso ao serviço de fisioterapia, pois estavam acamados ou asilados em casa.

O ano de 2002 foi especialmente voltado para o reconhecimento das necessidades de área e pesquisas de material para trabalhos voltados à APS⁽⁴⁹⁾. As reuniões foram utilizadas para a padronização de ações em consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas voltadas às demandas específicas de Fisioterapia, como cinesioterapia coletiva, e nos grupos preexistentes nas UBS⁽⁵⁰⁾.

Em 2003, foram desenvolvidos por essa equipe de fisioterapeutas os primeiros materiais educativos para os usuários das UBS, baseados nas necessidades levantadas em área junto à população atendida. Assim, os profissionais procuravam envolver a população nos cuidados de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças, não apenas com as orientações verbais fornecidas, mas também com os encaminhamentos aos grupos disponibilizados

em área e fornecimento de material de fácil visualização e entendimento para a realização dos cuidados em domicílio⁽⁵⁰⁾.

Atividades coletivas e visitas domiciliares durante esses primeiros anos de atenção fisioterapêutica nas UBS nortearam a construção do Protocolo da Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba⁽⁵¹⁾, o qual passou a descrever e padronizar a atuação da Fisioterapia na APS em Curitiba.

Em 2005, a equipe de fisioterapeutas foi ampliada com a incorporação de profissionais anteriormente lotados na Secretaria Municipal de Educação (SME). Nesse mesmo ano ocorreu o primeiro Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba, com o intuito de atualizar os profissionais de Fisioterapia e acadêmicos quanto às ações em Saúde Coletiva desenvolvidas e aplicadas em Curitiba.

Importantes avanços ocorreram em 2006, como o aumento do quadro de fisioterapeutas por meio de concurso público, a lotação de um profissional no Centro de Controle, Avaliação e Auditoria e a instituição da Coordenação Geral de Fisioterapia junto ao Centro de Informações em Saúde. Com a redefinição do processo de trabalho do fisioterapeuta junto às equipes locais de saúde, bem como das diretrizes de atuação dentro da SMS e nas Escolas Municipais de Educação Especial (EMEE), foi lançada a 2ª edição do Protocolo da Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba⁽⁵²⁾. Durante o II Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba: os Caminhos da Fisioterapia Social, realizado em outubro de 2006, discutia-se a importância das ações desse campo de atuação em Saúde Coletiva, envolvendo Instituições de Ensino Superior, gestores, profissionais, empresas públicas e privadas e usuários dos serviços de saúde.

Em abril de 2007, uma Comissão de Capacitação Técnica em Fisioterapia (CCTF), formada por um representante de cada Distrito Sanitário e pela Coordenação de Fisioterapia, foi instituída com o objetivo de apoiar o levantamento das necessidades e planejamento de capacitações aos fisioterapeutas. Em outubro do mesmo ano, a SMS contava com oito fisioterapeutas atuando nas equipes de saúde das Escolas Municipais, 34 nas áreas de abrangência das UBS, um no Centro de Controle, Avaliação e Auditoria e outro na Coordenação Geral de Fisioterapia. O III Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba – Fisioterapia nas Políticas Públicas: Saúde e Qualidade de Vida, realizado ainda em 2007, estimulava, de forma participativa, a discussão sobre o conceito e as práticas de promoção da saúde coletiva e possibilitava aos profissionais agregarem

ferramentas para o planejamento, elaboração e gestão de ações fisioterapêuticas voltadas para a população a eles vinculada.

Durante os anos de 2007 e 2008, foram conduzidos estudos transversais para avaliação diagnóstica dos usuários em grupos que realizavam cinesioterapia coletiva, conhecidos como Fisioterapia na Qualidade de Vida da Terceira Idade (FISIOQUALITI), nas áreas de abrangência das UBS e em outros espaços disponíveis na comunidade sob orientação dos fisioterapeutas dessa secretaria⁽⁵³⁾. Os grupos de FISIOQUALITI eram realizados sob a orientação de um profissional fisioterapeuta que atuava de uma a duas vezes por semana com os referidos grupos de forma que esse profissional estabelecia vínculo com os usuários, a comunidade e as famílias envolvidas, conhecendo assim não apenas o quadro cinético-funcional desses usuários, mas também aspectos do contexto social e ambiental onde residem⁽⁵³⁾.

Tais estudos tiveram como base a metodologia utilizada pelo Programa do "CuritibaAtiva", conduzido pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, nos eventos conhecidos como "Mutirões da Cidadania"⁽⁵⁴⁾, bem como em dados coletados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁽⁵⁵⁾.

As atividades do FISIOQUALITI envolveram em 2007 o acompanhamento de 1.195 usuários em 26 UBS. Em 2008, a média de usuários atendidos por trimestre foi de 2.155⁽⁵³⁾. Os estudos de acompanhamento foram realizados com uma amostra de 445 usuários em 2007 e 1.021 em 2008⁽⁵⁶⁾. Nesse acompanhamento eram verificados o estado de saúde e físico, hábitos de vida, condição antropométrica e nutricional, bem como a percepção dos participantes quanto à sua qualidade de vida. Após o levantamento de dados oriundos dessas avaliações deu-se início a uma série de capacitações para os fisioterapeutas com temas voltados ao equilíbrio corporal, alongamento e fortalecimento muscular, técnicas cognitivas comportamentais, entre outros.

A consolidação das ações no campo da fisioterapia se dava pelo aprimoramento do desenvolvimento e da gestão externa e internamente à instituição. A adequação do registro de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS exigia não apenas constantes capacitações e treinamentos, mas também negociações com o Ministério da Saúde. Internamente, em 2008, foram inseridos três indicadores de Fisioterapia

no “Contrato de Gestão”, instrumento de gestão e pactuação de metas anuais para alguns indicadores de saúde: 1) FISIOQUALITI, 2) Escola de Postura e 3) Viva Com Mais Saúde. Os indicadores pactuados foram monitorados trimestralmente, proporcionando às equipes o conhecimento permanente dos resultados, favorecendo a criação de estratégias de enfrentamento para melhoria dos indicadores⁽⁵⁷⁾. Apenas no primeiro semestre de monitoramento dos dados nesse ano foram acompanhados 4.733 usuários nas ações pactuadas, onde se verificaram 47.920 participações em todas as atividades realizadas⁽⁵⁶⁾.

Em setembro de 2008, ano em que foi realizado o IV Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba, a SMS contava com 35 profissionais distribuídos nas 108 UBS dos nove DS; sete profissionais nas três EMEE; um profissional atuando no Centro de Controle, Avaliação e Auditoria; um profissional coordenando as equipes de saúde das EMEE e dos Centros Municipais de Atendimento Especializado (CMAE), junto à Superintendência de Gestão, e um profissional na Coordenação de Fisioterapia do CIS/SMS Curitiba⁽⁵⁶⁾.

Em 2009, deu-se início um novo período de experimentações e inovações, visto que os profissionais fisioterapeutas das UBS foram inseridos nos NAAPS. Com isso, sua atuação em ações multiprofissionais foi incrementada, tanto nos ambientes coletivos quanto nas UBS. Durante o V Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba com o tema “Saúde da Criança”, reforçava-se a necessidade de intervenção precoce na promoção e prevenção pelo fisioterapeuta, que deveria atuar em equipe para uma atenção integral à criança. Ainda em 2009, foi criada a Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência, assumida por uma fisioterapeuta, cedida à Saúde pela Fundação de Ação Social (FAS), coordenação essa que também incorporou a coordenação das EMEE e dos CMAES.

Em 2010, o VI Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba abordava o tema “Vivenciando Desafios”, com objetivo de estimular a reflexão dos profissionais sobre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, visando o alcance da cidadania plena, o respeito e a inclusão social, fortalecendo-se o acolhimento e o cuidado, aproximando essa parcela da população dos serviços de saúde no SUS.

Durante o VII Encontro de Fisioterapia em Saúde Coletiva de Curitiba, realizado em 2011, foram comemorados os 10 anos da inserção da Fisioterapia na Atenção Primária na Saúde de Curitiba, reforçando o importante avanço no

cuidado em Curitiba. A partir daí, consolidaram-se as ações da fisioterapia na atenção à saúde em Curitiba.

Atualmente, com base nas consultas médicas, usuários podem ser encaminhados às clínicas prestadoras, receber orientações de autocuidado e ser acompanhado na própria UBS, ou serem encaminhados para as atividades coletivas realizadas pelo fisioterapeuta. Os usuários também podem receber visitas domiciliares dos fisioterapeutas, que são realizadas quando os mesmos estão acamados ou asilados, seja por solicitação médica ou visando atender ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. São realizadas orientações aos familiares e aos cuidadores e/ou ao próprio usuário para alcançar maior independência funcional, buscando a sua coparticipação e da família ou cuidador no seu processo de reabilitação. Além disso, o fisioterapeuta também realiza diversas atividades programadas de cinesioterapia coletiva, incluindo a prática de Lian gong e Tai Chi Chuan, para a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, onde são utilizados espaços da comunidade, Ruas da Cidadania e Espaço Saúde nas UBS.

Pode-se, dessa maneira, verificar a construção sólida da prática desenvolvida pelos profissionais fisioterapeutas no contexto da APS, com uma visão voltada à Promoção da Saúde.

Novos desafios apontam para a necessidade de incorporação de inovações que garantam a contínua qualificação das práticas de fisioterapia na APS em Curitiba. Por exemplo, os registros das ações de fisioterapia estão vinculados apenas à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), dificultando o acompanhamento da melhora funcional dos usuários atendidos. Considerando que a APS deve realizar a continuidade e integralidade da atenção ao indivíduo, centrada na família e, ainda, considerando os fatores ambientais, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁵⁸⁾ pode ser uma importante ferramenta a ser implantada em Curitiba, possibilitando assim acrescentar dados relevantes ao planejamento de ações estratégicas de Fisioterapia.

O Programa de Fisioterapia no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas

As novas abordagens utilizando tecnologias de educação para adultos propostas pelo LIACC precisam também ser incorporadas pela fisioterapia, quer seja em consultas ou nas visitas domiciliares, obtendo respostas mais efetivas no tratamento de usuários com condições crônicas. A corresponsabilização do usuário e do cuidador é essencial nesse processo de cuidado compartilhado.

Dessa forma, profissionais da fisioterapia participaram ativamente dos processos de implantação do LIACC em Curitiba, incorporando as estratégias propostas para a qualificação do cuidado a pessoas com condições crônicas em suas práticas.



Foto 17. Fisioterapia na UBS Caiuá (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS/PMC).



Foto 18. Fisioterapia na UBS Caiuá (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS/PMC).

2.6 A Experiência da área de saúde bucal

Ana Cristina Vidal Allegretti

Samuel Jorge Moysés

O início da construção do sistema de saúde bucal em Curitiba foi marcado pela instalação, na década de 1960, de consultórios odontológicos em escolas municipais, com forte influência da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública). O modelo de atenção adotado era o atendimento a escolares de 6 a 13 anos, dentro da abordagem do Sistema Incremental. O modelo que preconizava o completo atendimento odontológico de uma dada população, eliminando as necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-as sob controle, segundo critérios definidos de prioridades quanto à idade e problemas instalados⁽⁵⁹⁾.

Esse modelo foi criticado por priorizar apenas uma faixa etária limitada, restrita à rede escolar pública, e por propor o atendimento desvinculado do sistema local de saúde e da realidade da família do escolar. Além disso, nos anos 1980, surgiam novas abordagens e inovações nos processos de trabalho, como resultado das reflexões da saúde pública da época, novas abordagens e inovações nos processos de trabalho, dentre elas a Odontologia Simplificada e Comunitária, incluindo as funções delegadas com o trabalho a quatro e seis mãos do Auxiliar de Consultório Odontológico – ACD e do Técnico em Higiene Dental – THD.

Curitiba optou, então, por reorganizar o modelo de atenção para um modelo comunitário, com clínicas modulares (quatro camas clínicas dispostas em um módulo em “U”), tecnologia de menor sofisticação, desmonopolização do conhecimento, delegação de funções aos auxiliares da saúde bucal e racionalização de materiais e técnicas.

Paulatinamente as clínicas odontológicas foram incorporadas aos Centros de Saúde, já concebidos como porta de entrada do serviço, e o atendimento foi ampliado para garantir atenção a pré-escolares, crianças e pré-adolescentes fora da escola, gestantes, idosos – mais a inovação estratégica de atenção aos adultos trabalhadores nos turnos da noite. Com uma equipe de auxiliares de odontologia agora capacitada e titulada, ampliavam-se ações coletivas e individuais, com caráter promocional-educativo-preventivo, além de atividades clínicas, sob supervisão do cirurgião-dentista.

A criação em 1986, no âmbito da Prefeitura, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), marcou uma grande expansão da rede, chegando a 40 Centros de Saúde na época, localizadas em bairros periféricos da cidade, atendendo população estruturalmente e epidemiologicamente mais vulnerável. Os Centros funcionavam em três turnos, com equipe médica, de enfermagem e equipe odontológica.

Sistemas de informação, descentralização, territorialização e atenção integral foram gradativamente incorporados à prática de saúde bucal, ratificados pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, via Constituição Federal, o que determinou instrumentalidade legal, política e financeira para o processo de municipalização e implementação da política de saúde já em curso em Curitiba⁽⁹⁾.

Nos anos 1990, a incorporação do referencial da Odontologia Integral, do planejamento estratégico, da gestão e avaliação com base epidemiológica e de risco social e biológico, vinha gradativamente sendo incorporada nas práticas de saúde bucal em Curitiba. A abordagem da atenção familiar, apesar do pouco referencial teórico internacional existente para subsidiar a prática familiar na Odontologia, induziu a participação da saúde bucal nas atividades do Programa de Saúde da Família (PSF), proposta desde sua criação e iniciada pioneiramente no município de Curitiba⁽⁶⁰⁾. Desde então, e após a formalização da equipe de saúde bucal na composição de equipes do PSF pelo Ministério da Saúde, identificada posteriormente como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município tem ampliado as equipes de saúde bucal da família nas regiões mais vulneráveis da cidade.

Com o objetivo de aumentar o acesso com qualidade à atenção em saúde bucal, em 1995, foi implantado o sistema de pronto-atendimento (triagem), baseado na avaliação das pessoas pelo cirurgião-dentista, com o apoio da equipe, em dias e horários predefinidos e organização do atendimento odontológico de acordo com as prioridades sociais e biológicas. Considerando as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população curitibana, foram implementadas estratégias para ampliar o acesso ao cuidado em saúde bucal para toda a população e não apenas a grupos de risco.

O trabalho com a equipe auxiliar dava condições para enfrentar a carga de doença/sequelas bucais acumuladas, em anos de oferta anterior de serviços odontológicos apenas para crianças. Mais tarde, o Protocolo Integrado de Atenção

à Saúde Bucal organizou o processo de trabalho, com uma relação máxima de 50% de triagem e mínimo de 50% de atendimento programado, no qual seria possível identificar microáreas de risco, famílias e/ou indivíduos com necessidade de tratamento, realizar atendimento e programar manutenção.

No final dos anos 1990, com o objetivo de potencializar ações e otimizar a atenção odontológica, priorizando o aumento da cobertura assistencial clínica e as atividades de promoção da saúde bucal em base populacional, o modelo de atenção passou a ser estruturado em novas vertentes de atuação, priorizando necessidades singulares das pessoas (portadoras de necessidades especiais, doentes crônicos), a educação permanente da equipe e o apoio às ações de saúde realizadas também de forma itinerante, em diferentes espaços sociais, utilizando ônibus com equipamentos interativos que favorecem a comunicação, a participação e o autocuidado⁽⁶¹⁾.

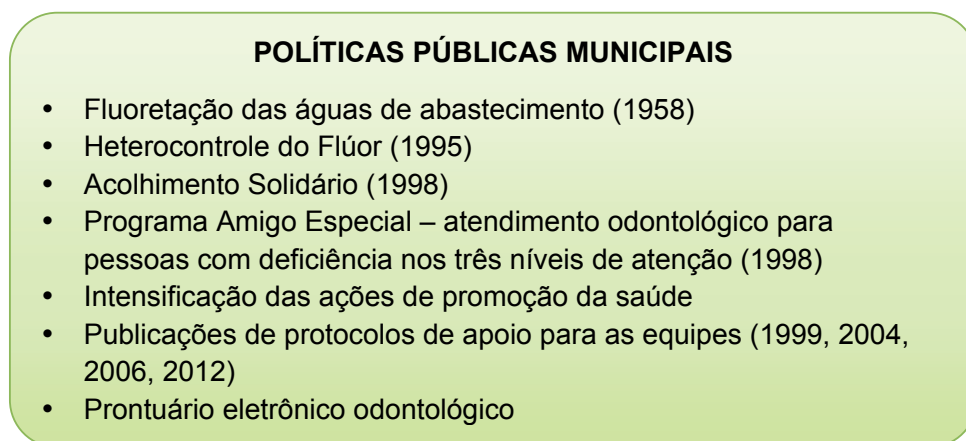
Em 2012, a Rede de Atenção da SMS contava com 108 Unidades Básicas de Saúde com clínicas odontológicas, em que as equipes de saúde bucal realizam ações de promoção, prevenção e reabilitação básica em saúde bucal. As ações clínicas são desenvolvidas nas UBS, contando com a retaguarda especializada de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e centros de atendimento de urgência e emergência, com suporte para exames radiográficos. Ações coletivas visam educação em saúde, inclusão, empoderamento comunitário e autonomia e são realizadas principalmente nos equipamentos sociais da comunidade. O atendimento odontológico também está contemplado na assistência integral à saúde da pessoa com deficiência nos três níveis de atenção. O atendimento inicial é realizado na Unidade de Saúde e, caso seja indicado, há encaminhamento para a Unidade de Saúde Amigo Especial, estruturada como unidade de referência, e em casos mais complexos, o atendimento odontológico é realizado em ambiente hospitalar sob anestesia geral⁽⁶²⁾.

Recentemente, e também por influência do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas, houve a publicação das novas Diretrizes em Saúde Bucal⁽⁶²⁾. Foram propostas novas abordagens de cuidado e processo de trabalho para responder às novas demandas de atenção. Um exemplo disso foi o redirecionamento da proporção entre o pronto-atendimento (PA) e o atendimento programado (AP), que passou a ser proposta em uma relação de 40% de pronto-atendimento, para atenção às condições agudas, e 60% de atendimento

programado, entendendo que é importante ter acesso ágil na clínica odontológica para enfrentamento das condições agudas, porém é necessário mais tempo para enfrentar as condições crônicas.

Os processos dinâmicos de mudanças nos modelos de organização assistencial, associados a outras políticas municipais integralizadoras da atenção em saúde bucal, como as apresentadas na Figura 11, contribuíram para que em 2003 e 2010, por ocasião de levantamentos epidemiológicos nacionais sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, Curitiba obtivesse bons indicadores em saúde bucal para a população jovem, porém ainda permaneciam desafios para a população adolescente, adulta e idosa.

Figura 11. Políticas públicas municipais em saúde bucal em Curitiba



Fonte: Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde.

A Saúde Bucal no Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas

A partir das discussões do LIACC em 2010, verificou-se que os conceitos e o modelo proposto eram bastante adequados para enfrentar as doenças e agravos bucais. Por ocasião da revisão do Protocolo de Saúde Bucal vigente, que ocorria concomitante ao LIACC, a Coordenação de Saúde Bucal optou então por trabalhar o modelo sob duas dimensões:

- 1) inserção da equipe de saúde bucal no enfrentamento das condições crônicas (CC): diabetes, hipertensão e depressão;
- 2) aprofundamento do modelo teórico e elaboração de modelo de atenção à doença periodontal.

A primeira dimensão foi trabalhada a partir de encontros com profissionais da equipe de saúde bucal das UBS envolvidas na implementação das ações do LIACC. Com os cirurgiões-dentistas foi utilizada a metodologia das narrativas vivenciais, na qual os profissionais trouxeram aspectos relevantes das condições crônicas: a complexidade das doenças, dificuldades no manejo (da doença em si e quando há necessidade de atendimento clínico odontológico), resistência/impotência à mudança de hábitos, bem como dúvidas sobre como apoiar a motivação pessoas e a autonomia para o autocuidado. Outra reflexão oportunizada nos grupos foi a importância de definir o papel de apoio da equipe de saúde bucal na atenção às condições crônicas.

Com os profissionais auxiliares e técnicos em saúde bucal optou-se por trabalhar oficinas de manejo da doença periodontal, segundo o modelo das condições crônicas. Considerando que a doença periodontal caracteriza-se como uma condição crônica e também seu manejo e controle representam um desafio, a proposta foi iniciar com um exemplo concreto do modelo de atenção mais próximo à realidade do profissional da odontologia e fazer analogias com o que estava sendo proposto para a atenção às outras condições crônicas. A escolha da doença periodontal se deu por dois motivos. O primeiro, porque os tratamentos clínicos voltados para a doença periodontal (raspagens, profilaxias, orientações de escovação) representam grande parte do atendimento clínico e seu impacto é muito limitado. Segundo, porque os resultados dos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal em Curitiba demonstraram que a doença periodontal agrava com a idade e requer tratamentos mais complexos e especializados se não for controlada adequadamente.

Assim, o desenvolvimento de estratégias para o manejo de doença periodontal ocorreu em grupos de discussão e revisão do antigo Protocolo de Saúde Bucal de 2004, tendo a participação direta de gestores e profissionais das UBS. Uma linha de cuidado para a saúde periodontal foi construída com base no modelo de atenção às condições crônicas (Figura 12).

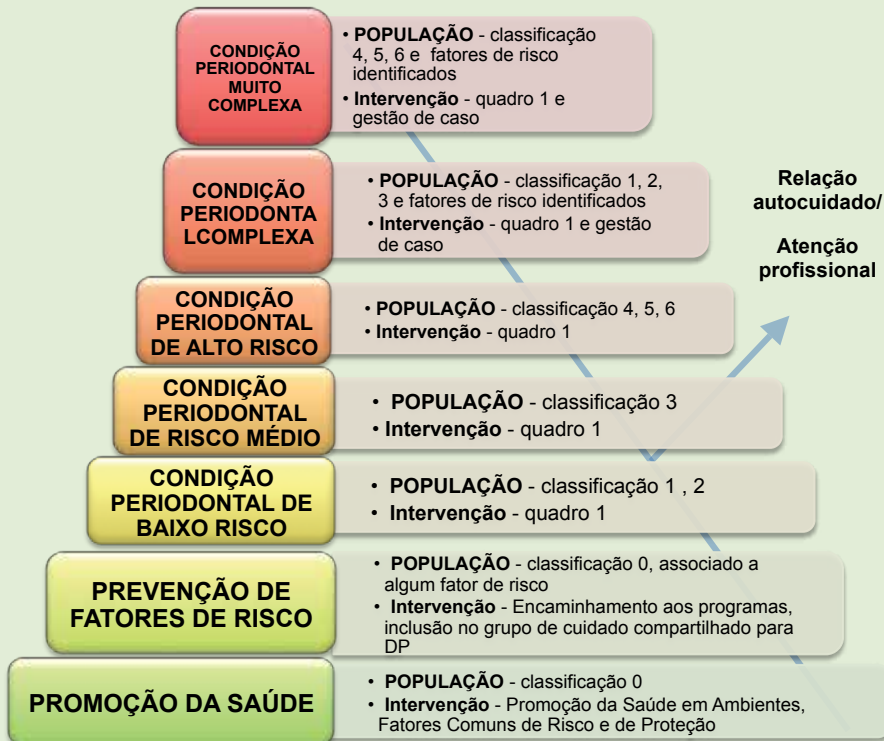
Figura 12. Linha de cuidado para a saúde periodontal

**LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE PERIODONTAL
(segundo o modelo das condições crônicas)**

- 1. Identificação de usuários** com doença periodontal atendidos na clínica odontológica das UBS
- a. Metodologia clínica** – utilização de índice periodontal comunitário (CPI) modificado
 - i. Visualizar a boca dividida em **sextantes** e identificar os dentes índices: 16, 11, 26, 36, 31 e 46;
 - ii. Utilizando uma **sonda periodontal**, realizar a sondagem em seis sítios: mesial, mesio-vestibular, disto-vestibular, distal, disto-lingual/palatino e mesio-lingual/palatino;
 - iii. Posicionar a sonda com a ponta ativa o mais paralelamente possível ao longo eixo dentário e exercer pressão mínima na base do sulco;
 - iv. Em caso de ausência do dente índice utilizar um dente adjacente, do mesmo sextante. Em caso de ausência de todos os dentes do mesmo sextante, o escore passa a ser “X” (sextante com ausência de dentes);
 - v. **Registrar o código mais severo** identificado entre os sítios de cada dente, conforme a classificação abaixo. A **classificação da pessoa** será correspondente ao código mais severo entre os sextantes.
 - Código **0** - ausência de sangramento
 - Código **1** - sangramento à sondagem
 - Código **2** - presença de cálculo somente supragengival e bolsa ≤ 3 mm
 - Código **3** - presença de cálculo supra e subgengival e bolsa ≤ 3 mm
 - Código **4** - bolsas periodontais entre 4 e 5 mm;
 - Código **5** - bolsas periodontais ≥ 6 mm;
 - Código **6** - anormalidades clínicas como envolvimento de furca e/ou mobilidade detectável (mais de 1 mm horizontalmente);
 - Código **X** - ausência de todos os dentes do sextante.
- b. Identificação de fatores de risco:**
 - i. Se a pessoa faz **TRATAMENTO ORTODÔNTICO**
 - ii. Se a pessoa é **GESTANTE**
 - iii. Se a pessoa é **TABAGISTA**
 - iv. Se a pessoa tem **DIABETE**
 - v. Outro fator de risco – por meio da anamnese e exame clínico o CD pode identificar outros fatores de risco para a doença periodontal (por exemplo: problemas hormonais, quantidade exagerada de placa bacteriana).

LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE PERIODONTAL (segundo o modelo das condições crônicas)

2. Estratificação quanto à severidade da doença



3. Planejamento da rede de cuidados (com envolvimento da Atenção Secundária) – quadro com os encaminhamentos previstos, conforme a severidade e complexidade da condição periodontal.

4. Acompanhamento

- Retornos agendados
- Grupos de cuidado compartilhado

Como primeiros resultados a partir do LIACC foi possível realizar:

- 1) Capacitação das equipes de saúde bucal das UBS envolvidas quanto ao autocuidado apoiado e cuidado compartilhado para apoiar as ações do LIACC, atividades coletivas, gestão de casos complexos da UBS e trabalho multidisciplinar nas equipes de saúde da família.
- 2) Desenvolvimento de material teórico de apoio ao manejo clínico odontológico de algumas condições crônicas. Cada condição sistêmica foi pensada sob os seguintes aspectos: conceito, manifestações bucais, interações dos medicamentos na Odontologia, manejo clínico odontológico, necessidade de profilaxia antibiótica e de anestésico com vasoconstritor. Esse material foi apresentado para cerca de 500 profissionais da rede em um curso de quatro horas, encaminhado de material eletrônico para todas as UBS para alterações e complementações a serem incluídas nas Diretrizes da Saúde Bucal de 2012.
- 3) Programação de uma meta de pactuação para a equipe da Odontologia: realizar exame bucal anual em todos os usuários com diabetes cadastrados na UBS, com o objetivo de identificar pessoas com focos de infecção e/ou doença periodontal. Essa atividade se justifica pelo fato de que uma condição descompensada pode interferir na outra, por exemplo, uma pessoa com diabetes com atividade de doença periodontal pode ter maiores dificuldades em controlar os seus níveis glicêmicos. Por outro lado, se a condição de diabetes não consegue ser estabilizada, há maior risco de ocorrer perda de inserção periodontal.
- 4) Desenvolvimento de uma estratégia em saúde bucal visando realizar o tratamento odontológico às pessoas com doença periodontal, segundo o modelo das condições crônicas (Figura 13). Essa estratégia foi elaborada nos grupos de discussão do protocolo de saúde bucal, apresentada em oficinas para todos os Distritos Sanitários (com a presença de um CD e um TSB de cada UBS), solicitação de aplicação das ferramentas e devolutivas à Coordenação de Saúde Bucal. Além disso, foram realizados encontros com a equipe de saúde bucal e gerente da UBS Alvorada (unidade-piloto do LIACC) para obter consenso quanto à pertinência dessa proposta em relação às condições crônicas.

Figura 13. Estratégia em saúde bucal visando realizar o tratamento odontológico para pessoas com doença periodontal, segundo o modelo das condições crônicas

LINHA DE CUIDADO PARA A SAÚDE PERIODONTAL (segundo o modelo das condições crônicas)							
Planejamento de cuidados							
Código	Severidade da doença	Recomendação do plano de cuidados	Retorno mínimo para manutenção	Possibilidade de encaminhamento para o CEO	Inclusão no grupo de Atenção à Saúde Periodontal (prontuário)	Grupo de CUCO	
0	Paciente saudável	Nenhum	12 meses	Não	Não	Não	
1	Gengivite	TPB I até o controle da doença	12 meses ou conforme avaliação dos fatores de risco pelo CD		Sim		Condição Periodontal (CP) de baixo risco
2	Doença Periodontal I Leve	TPB I, II e III					
3	Doença Periodontal I Moderada	TPB I, II, III e IV	3-6 meses ou conforme avaliação dos fatores de risco pelo CD	Sim	Sim	Sim	
4	Doença Periodontal I Severa	Tratamento inicial - TPB I, II e III e reavaliação pelo CD após 7-10 dias					
5 ou 6		Tratamento subsequente (se confirmada a severidade da doença) - TPB IV ou outras técnicas cirúrgicas realizadas no CEO					
1 ou 2 ou 3	Associado a algum fator de risco	Tratamento clínico + gestão de caso	Avaliação CD	Apenas se código 3 generalizado	Condição Periodontal (CP) complexa		
4 ou 5 ou 6	Associado a algum fator de risco				Sim	Condição Periodontal (CP) muito complexa	

Fonte: Diretrizes em Saúde Bucal⁽⁶²⁾

2.7 A Experiência do Programa de Saúde Mental

Gustavo Pradi Adam

Cristiane Honório Venetikides

A atenção ao usuário do SUS tem sido organizada, em Curitiba, por meio de programas, entre eles o Programa de Saúde Mental (PSM). Assim, antes do LIACC, o município já organizava a atenção à depressão. O trabalho se estabelecia dentro das diretrizes gerais do PSM, regidas pelo princípio de respeito aos direitos civis e humanos de todo o cidadão, especialmente aquele portador de transtornos mentais ou em risco para tal.

O PSM é o programa que implementa a reforma psiquiátrica no município. Dentro desse preceito, foi fundamental um trabalho de promoção da superação do reducionismo que parece ter acompanhado toda a lógica médico/clínica até então. Reduccionismo esse que costumava guiar as ações voltadas à Saúde Mental, refletindo em um foco na patologia, com a tendência a negar o sujeito e sua interação com o seu contexto de vida. Essa transição previa a adoção, por parte dos cuidadores, de um novo conceito na condução dos processos de tratamento que transformam as situações de dificuldade, vividas pelos usuários, em oportunidades terapêuticas, concedendo e cogerencando projetos terapêuticos individuais. São identificados como cuidadores todos os recursos humanos que possam participar do reequilíbrio da pertinência social desses usuários, estejam eles nos serviços, nas famílias, ou nas comunidades em que operam e vivem.

O PSM estabelece as diretrizes da Saúde Mental do município por meio de Políticas de Saúde que não são específicas da Saúde Mental, mas também proposição da saúde coletiva, derivada das políticas públicas do SUS como: o Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a intersetorialidade na ação do cuidado, o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, o território, o projeto terapêutico singular, o matriciamento, a redução de danos e a Rede de Atenção Psicossocial.

O PSM já preconizava, assim, que a vinculação inicial do usuário fosse com a sua Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, respeitando a regionalização. No modelo prévio de atenção, contudo, em que o foco do trabalho não eram as condições crônicas de saúde, a definição do Projeto Terapêutico Singular tendia a ficar a cargo dos equipamentos especializados.

Como parte de um movimento de fortalecimento da perspectiva de fazer da UBS de fato a porta de entrada e ponto estratégico de toda a Rede de Atenção Psicossocial, alguns recursos de suporte técnico-pedagógico já vinham sendo estruturados. Um deles é o matriciamento dos psiquiatras dos ambulatórios de saúde mental para os médicos da APS. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também já trabalhavam com algumas ferramentas de matriciamento, assim como com colegiados e com gerenciamento de projetos terapêuticos, ainda que, até então, de forma relativamente isolada da APS. As UBS já contavam, ainda, com o apoio dos psicólogos de equipes multidisciplinares de matriciadores, os NAAPS (Núcleo de Apoio à Atenção Primária em Saúde), conceito derivado do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), mas também aplicado para as unidades sem a estratégia de saúde da família. O suporte psiquiátrico também era acessível por meio da Unidade de Suporte à Rede, equipamento de regulação de leitos e de suporte técnico a toda Rede de Atenção Psicossocial, composta por psiquiatras em regime de plantão, durante as 24 horas do dia, inclusive em finais de semana e feriados. A Rede de Atenção Psicossocial ainda apresentava recursos hospitalares (hospital psiquiátrico dia e integral) e ambulatoriais, assim como suporte da rede de urgência e emergência e apoio de eventuais atores extra-saúde, como recursos sociais, de educação, comunitários, segurança e outros.

Ainda que efetiva para muitos aspectos, muitas vezes essa rede funcionou sob o mesmo paradigma que gerou a crise fundamental do SUS, ou seja, manejar condições fundamentalmente crônicas de saúde por meio das mesmas tecnologias de saúde pública destinadas a condições agudas de saúde. Felizmente, as tecnologias propostas pelo novo modelo de atenção às condições crônicas (MACC) proposto se harmonizam com a filosofia que sustenta as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, propostas corroboradas pelo PSM e pela SMS, conforme discutido a seguir.

A Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o MACC apresentam princípios comuns, baseando-se em um mesmo referencial teórico e filosófico, culminando em práticas que se superpõem.

A partir de 1793, Philippe Pinel catalisa a apropriação da loucura pela medicina, ou seja, loucura passa a ser doença. Apesar de isso ter concedido à pessoa portadora de alguma condição de Saúde Mental o direito à assistência e a cuidados técnicos terapêuticos, a medicalização (e destituição da razão) da

loucura retirou desses indivíduos a cidadania, excluindo-os do espaço social. Após as duas guerras mundiais, essa visão passa a ser questionada por meio de um movimento que culmina na assim denominada “Reforma Psiquiátrica”⁽⁶³⁾.

A Reforma Psiquiátrica é um movimento de profissionais de saúde que serve de base para a construção de novas Políticas de Saúde Mental, constituídas não apenas como uma resposta à destituição da cidadania desses sujeitos, mas também como um momento de apropriação de evidências técnicas para um cuidado mais efetivo e humanizado a todas as questões de saúde mental⁽⁶³⁾.

A Reforma Psiquiátrica, sedimentada sobre a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, a consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, com ênfase em uma rede de cuidados que contemple a APS e que se sustente nela, juntamente com a Reforma Sanitária, movimento que acompanha a redemocratização do país, tendo em vista a abertura e o livre acesso da população à assistência à saúde, têm embasamento técnico e filosófico em comum, constituindo políticas de saúde ressonantes. Essas políticas apresentaram seu marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) e hoje se constituem nas diretrizes do Ministério da Saúde para a reorientação do sistema assistencial em saúde, com a efetiva inclusão das Políticas de Saúde Mental na APS e ações de Saúde Mental no território, bases para a Reforma Psiquiátrica⁽⁶⁴⁾.

São princípios da Reforma Sanitária, fundamentais para a Reforma Psiquiátrica, a regionalização, a hierarquização, a descentralização, ênfase na gestão municipal das ações, integralidade da assistência, equidade e controle social das ações desenvolvidas, bem como acesso universal público e gratuito, propostas em que o município já havia avançado significativamente, o que viabilizou considerar a construção do LIACC em Curitiba.

Considera-se, pelo PSM, que os profissionais e serviços devam promover a pertinência familiar e comunitária dos usuários sob seus cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos singulares que levem em conta as fragilidades e as vulnerabilidades advindas do sofrimento mental, bem como as potencialidades do sujeito e de seu território, além de sua autonomia⁽⁶⁵⁾.

A consolidação dos avanços no campo da atenção à saúde mental em Curitiba pode ser demonstrada pelo número de pessoas cadastradas no Programa de Saúde Mental, monitoradas e tratadas, que atualmente abrange aproximadamente 57.000 usuários; pela expansão da consolidação das ações da saúde

mental na APS; a contratualização dos serviços ambulatoriais e hospitalares, estabelecendo indicadores de qualidade nas principais áreas de atuação desses serviços, como assistência e humanização; a expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – 13 em 2012; e pela diminuição progressiva do número de pacientes asilares e a manutenção de cinco Residências Terapêuticas.

A escolha da depressão no LIACC

A depressão é uma condição crônica de saúde e foi escolhida como condição a ser trabalhada no LIACC devido a sua complexidade e custos pessoais e à sociedade⁽⁶⁶⁾. Dentre tais custos, destaca-se o prejuízo funcional associado ao transtorno. Por ser condição potencialmente incapacitante, pode gerar perda de dias de trabalho, acarretando despesas previdenciárias, gerar gastos com exames laboratoriais e internamentos (por vezes desnecessários), representar risco à vida (associando-se a comorbidades ou mesmo ao suicídio), propiciar perda de autoconfiança, impactar em diversos âmbitos do funcionamento familiar e associar-se a outros prejuízos, tanto ao indivíduo quanto a seus familiares e comunidade⁽⁶⁶⁾.

A depressão chegou a ser estimada, nos anos 1990, como a quarta causa específica de incapacitação, com tendência a crescimento⁽⁶⁶⁾. Ao ser comparada a outras condições crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves, causando mais prejuízo no status de saúde do que angina, artrite, asma e diabetes^(66,67,68). Pessoas com depressão moderada ou severa têm maior prejuízo na maioria dos domínios de qualidade de vida do que aquelas com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva ou diabete⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

A cronicidade da condição é verificada pela sua alta taxa de recorrência. Aproximadamente metade das pessoas com depressão a cronificam, e cada novo episódio tende a ocorrer mais cedo, durar mais tempo e se tornar mais severo, bem como ser de mais difícil tratamento^(67,71).

A prevalência da depressão é outro fator que a torna relevante, variando de 4 a 11% ao longo da vida, dependendo do autor. Sua estimativa-ponto giraria em torno de 2,6% (2,3% para homens e 2,8% para mulheres)⁽⁶⁶⁾.

Como se não bastasse o prejuízo associado diretamente à depressão, sua relação com outras condições crônicas (e o dano derivado dessas) tornou sua inclusão no LIACC ainda mais significativa. A depressão é associada a uma série de comorbidades (cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas, síndromes dolorosas crônicas e outras), que podem tanto aumentar a sua predisposição, quanto a intensidade e frequência de suas exacerbações, assim como podem piorar seu prognóstico e dificultar seu tratamento. Reciprocamente, a depressão parece exercer o mesmo efeito sobre suas comorbidades, agravando a demanda de saúde ligada a hipertensão, diabetes e outros agravos⁽⁶⁷⁾.

Socialmente, a depressão pode prejudicar o funcionamento pessoal e familiar, seja diretamente, por meio de seus sintomas (como dores, diminuição na autoestima ou da capacidade de resolução de problemas), seja indiretamente, pelo prejuízo social advindo de comorbidades, inclusive do uso de álcool. Novamente, existe uma correlação direta entre esses fatores e a depressão, um predispondo ao outro, e um agravando o outro⁽⁷²⁾.

A “boa notícia” é que depressão pode ser tratada com sucesso na APS, mesmo em modelos tradicionais de atendimento da Saúde Mental – ainda que estudos demonstrem que a prescrição de um antidepressivo na APS, aguardar a chegada da demanda em ambulatórios, ou distribuir diretrizes e promover seminários não sejam medidas consideradas suficientes – entre 50 e 70% das pessoas com depressão mostraram alguma resposta a uma abordagem com antidepressivos⁽⁷²⁾.

Sendo assim, e em consonância aos pressupostos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, a atenção à depressão na APS passa a ser considerada uma estratégia central no MACC, trabalhando na implantação e desenvolvimento de ações para reversão do modelo centrado no hospital psiquiátrico, construindo uma rede de cuidados de base comunitária.

A depressão e o MACC em Curitiba

Desde o início da discussão das Condições Crônicas no Município de Curitiba, trabalho que culminou com o Laboratório de Inovações às Condições Crônicas (LIACC), a necessidade e vontade de se desenvolver um trabalho específico para os transtornos depressivos (depressão) sempre foi bastante clara.

O LIACC surgiu da necessidade de tratar as condições crônicas em saúde, como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e depressão, com tecnologias mais eficientes, visto que as tecnologias desenvolvidas para o tratamento das doenças em geral, no modelo tradicionalmente empregado, foram criadas para dar respostas a situações agudas e, por isso, não trazem uma resposta suficientemente efetiva e nem melhorias na qualidade de vida dos doentes.

Ao contrário do que ocorre em um modelo de atenção voltado a condições agudas, em que a pessoa procura serviços de saúde espontaneamente e se torna foco passivo de um tratamento (é um “paciente”, cujos contatos com o sistema de saúde podem ser esporádicos, voltando a buscar auxílio apenas quando surgir outra situação semelhante), no cuidado às condições crônicas, as exigências para o bom manejo são completamente diferentes.

O MACC prevê, dentre uma série de mudanças, que a equipe da APS mude sua postura, buscando proativamente os usuários, bem como estratificando o modo e a concentração de cuidados, a partir do risco de agravamento das condições de saúde de cada um. Trata-se de dar singularidade aos tratamentos. Além disso, e tão importante quanto, o manejo deve acontecer de acordo com as possibilidades de cada pessoa. Considera-se, portanto, que, para melhorar condições crônicas, é fundamental que se produzam mudanças de comportamento e novos hábitos de vida (como a adesão à medicação prescrita e à atividade física e dieta saudáveis) e isso ocorre quando a pessoa se sente apta a realizar mudanças, não quando o profissional decide que ela deva fazê-lo, o que define que novos comportamentos devam ser combinados, não prescritos. O usuário é compreendido como a única pessoa que pode colocar em prática e garantir a manutenção de uma mudança de comportamento. Ele deve ser parte do processo decisório de cada “prescrição”, que deixa de ter uma característica de comando e passa a funcionar por meio de acordos aceitáveis tanto para a equipe, quanto para os sujeitos.

O foco à depressão no processo de implantação do MACC se constituiu, dessa forma, em um marco à sistematização e construção da visibilidade dessa condição de saúde, estabelecendo a APS como o principal recurso para diagnóstico e manejo do transtorno, agregando novas tecnologias para abordagem da condição. O processo de inovação levou à necessidade da criação de uma diretriz clínica, embasada tanto por essas novas tecnologias de saúde, quanto por todo trabalho e equipamentos previamente existentes.

Com o LIACC e a implantação do MACC, a UBS se torna cada vez mais a referência para a pessoa, afinal, a equipe desse equipamento de saúde é aquela que consegue estar mais próxima da realidade de cada usuário, conhecendo as potencialidades e dificuldades para o manejo de um quadro depressivo. As equipes das UBS, ao serem comparadas a serviços de Atenção Especializada, conseguem manter uma visão mais integral do processo saúde-doença da pessoa com depressão, conseguindo conduzir seu tratamento para fatores além dos psíquicos, como os clínicos e sociais, conseguindo mobilizar recursos comunitários para além do setor saúde, visando melhorar o manejo da depressão. O acompanhamento pelas equipes de saúde das UBS é longitudinal e contínuo, integrando-se à história de vida da pessoa, enquanto os serviços especializados são incluídos quando for necessário apoio à pessoa ou à equipe, assim como quando existe risco iminente à vida. O CAPS, por sua vez, é um instrumento que também tem a potencialidade de realizar esse trabalho horizontal, mesmo quando o usuário do serviço não está dentro do equipamento de saúde.



Foto 19. O cuidado compartilhado na UBS Modarias Belém (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS/PMC).

2.8 Gestão da Clínica e a construção das diretrizes clínicas

Ana Maria Cavalcanti

Antonio Dercy Silveira Filho

Gustavo Pradi Adam

A Gestão da Clínica é uma expressão adotada no Brasil por Mendes⁽¹³⁾ para indicar um *"sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS"*. Para o autor, esse conjunto de tecnologias tem como objetivo a qualificação da atenção à saúde voltada para o ser humano, ou seja, *"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 custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada"* (p. 367)⁽¹³⁾.

As diretrizes clínicas são tecnologias-mãe da Gestão da Clínica e sistematizam a atenção a uma determinada condição de saúde a partir das recomendações baseadas em evidência e da avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde. Englobam as linhas-guia e os protocolos clínicos e têm inúmeras funções como⁽¹⁷⁾:

- Gerencial – definindo parâmetros de programação da atenção de base populacional, diminuindo a variabilidade clínica e servindo de base para a elaboração das outras tecnologias de Gestão da Clínica (Lista de Espera, Auditoria Clínica, Gestão da Condição de Saúde e Gestão de Caso).
- Comunicacional – qualificando a comunicação vertical e horizontal entre gestores, profissionais de saúde e usuários.
- Educacional – apoiando as decisões clínicas da equipe multiprofissional e embasando tanto o processo de educação permanente como o de educação em saúde.

Do final dos anos 1990 até o início de novo milênio, vivenciou-se na SMS Curitiba uma discussão em torno da reorientação do modelo de atenção à saúde, com o objetivo de integrar os vários pontos de atenção e acompanhar a trajetória do usuário por todo o sistema de saúde. Adotou-se, nesse período,

o modelo de Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS). Dessa maneira, a temática das Conferências Locais e Distritais e da sexta Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2001, foi “Curitiba, avançando na construção do SUS – Sistema Integrado de Saúde”.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Curitiba 2002-2005 registrou, detalhou e estabeleceu a proposta do Sistema Integrado de Serviços de Saúde como agenda da gestão pública da saúde para os quatro anos seguintes. Em relação à operacionalização do SISS, o PMS⁽⁷³⁾ trouxe como objetivos:

- Atenção à saúde ofertada no lugar certo, no tempo certo, com a qualidade certa e com custo certo.
- Serviços ofertados de forma integrada e orientados às necessidades da população pertencente às áreas de abrangências das Unidades de Saúde.
- Satisfação da população com o sistema de saúde.
- Ampliação e diversificação dos pontos de atenção à saúde.
- Melhoria da comunicação entre os vários pontos de atenção.
- Promoção do autocuidado.
- Integração intersetorial dos serviços de saúde com outras políticas públicas;
- Valorização dos Recursos Humanos do SUS.
- Incremento da integração com os municípios da Região Metropolitana de Curitiba, visando o princípio da universalidade do SUS.

Além da reorientação do modelo de atenção à saúde, o PMS 2002-2005⁽⁷³⁾ formulou propostas para a gestão de riscos populacionais, melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; gestão dos problemas de saúde e controle de patologias; redução da morbidade e mortalidade materna e infantil – saúde da mulher e da criança; desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde e qualificação do controle social. Em relação ao controle de patologias e a saúde da mulher e da criança, o plano indicava como ferramenta as diretrizes clínicas para organização dos fluxos e pontos de atenção dos portadores de condições crônicas.

Nessa época, algumas diretrizes e protocolos clínicos da SMS Curitiba já existiam. Partindo das experiências e dos documentos existentes na instituição, grupos-tarefa compostos por representantes do nível local, distrital e central, construíram as primeiras propostas pautadas na gestão da clínica. Em 1999, foi lançado o Programa Mãe Curitibana, cujo protocolo materializava a sistemati-

zação da atenção à saúde da gestante, do recém-nascido e da puérpera⁽²⁴⁾. O programa organizava a atenção de acordo com o risco e determinava o papel de cada ponto da atenção – UBS, maternidade de alto e baixo risco – no cuidado à população-alvo. Inúmeras versões revisadas e acrescidas de novas informações foram lançadas.

Outro importante exemplo reside na atenção em saúde bucal em Curitiba, que teve início na década de 1960 com os serviços de saúde pública funcionando em consultórios odontológicos instalados nas escolas municipais, trabalhando no sistema incremental. Desde então as orientações clínicas e de organização da atenção à demanda foram alvo de discussões, bem como a validade das políticas de ampliação do acesso aos fluoretos no município. Em 1979 a simplificação e trabalho em equipe e a inclusão de auxiliares buscavam ampliar o acesso e a cobertura ao atendimento odontológico, porém, ainda no sistema incremental com foco nos escolares. Seguindo os mesmos preceitos e orientações do SUS, aos poucos o sistema de atenção em saúde bucal foi se transformando ao longo dos tempos, sendo cada vez mais compreendido como uma dimensão fundamental ao cuidado integral dos cidadãos curitibanos. Em 1999 foram lançados o Manual de Práticas de Odontologia: Curitiba de Braços Abertos, e o Manual de Fluoroterapia. As diretrizes clínicas em saúde bucal foram sempre também alvo de investimentos na gestão da SMS Curitiba. Revisões sistemáticas se seguiram mais recentemente orientadas a partir das bases da saúde baseada em evidências. O “Manual de Fluoroterapia”⁽⁷⁴⁾, o “Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal” (2004) revisto recentemente pelas “Diretrizes da Saúde Bucal”⁽⁶²⁾ são importantes instrumentos de orientações da área no município.

Os gestores municipais de saúde também repensavam a atenção ao portador de Transtorno Mental, acompanhando a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo. O primeiro instrumento de gestão da clínica da Saúde Mental, Protocolo Integrado do Programa de Saúde Mental em Curitiba, foi lançado em 1999. Esse protocolo determinava qual era a população-alvo, o papel dos diferentes pontos de atenção e o fluxo dos usuários dentro da rede municipal de saúde. Iniciava-se, nesse momento, um processo pioneiro de atenção às pessoas com transtornos mentais, colocando a UBS como ordenadora da atenção. A nova versão do protocolo foi lançada em 2002, englobando dois aspectos fundamentais de aprimoramento: a prevenção dos transtornos mentais, nos

diferentes níveis de convivência dos cidadãos, e a importância da comunicação e referência entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos no atendimento à clientela em questão. A preocupação com a humanização da atenção aos portadores de transtornos mentais e a criação de novos serviços substitutivos ao internamento integral possibilitaram a permanência desses cidadãos nas suas famílias e comunidades⁽⁶⁵⁾.

Quadro 1. Exemplos de Diretrizes construídas na SMS Curitiba

Instrumento	Ano
Manual de Controle de Infecção: a Saúde de Braços Abertos (1ª ed.)	1995
Manual de Práticas de Odontologia: Curitiba de Braços Abertos	1999
Apostila do Programa Cárie Zero: Amigo Especial	1999
Manual de Fluorterapia	1999
Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido: Programa Mãe Curitibana	1999
Manual do Programa de Saúde Mental em Curitiba:	1999
Manual de Práticas de Enfermagem: a Saúde de Braços Abertos	1999
Planejamento Familiar e Risco Reprodutivo	2000
Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido: Programa Mãe Curitibana	2000
Manual de Controle de Infecção: a Saúde de Braços Abertos (revisão 1ª ed.)	2000
Programa Crescendo com Saúde: Infecções e Alergias Respiratórias na Infância	2001
AIDS: Atendimento Inicial ao Portador do HIV em Unidade Básica de Saúde	2002
Protocolo Integrado de Saúde Mental em Curitiba	2002
Planejamento Familiar	2002
Protocolo do Programa Viva Mulher Curitiba: Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama	2002
Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente	2002
Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica	2004
Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido: Programa Mãe Curitibana	2004
Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal	2004
Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba	2004

Instrumento	Ano
Protocolo de Urgências e Emergências em Obstetrícia das Maternidades Vinculadas ao Programa Mãe Curitibana	2004
Planejamento Familiar	2005
Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido: Programa Mãe Curitibana	2005
Saúde e Prevenção nas Escolas: a Experiência de Curitiba	2005
Protocolo de Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (2ª ed.)	2006
Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente	2006
Manual de Fluorterapia (2ª ed.)	2006
Acidentes Loxoscélicos: Protocolo Técnico e Fluxo de Atenção em Curitiba	2006
Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência	2008
Protocolo do Programa Viva Mulher Curitiba: Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama	2008
Atenção à Mulher em Situação de Violência	2008
Protocolo de Urgências e Emergências em Obstetrícia das Maternidades Vinculadas ao Programa Mãe Curitibana	2009
Programa de Prevenção e Detecção de Câncer Bucal	2009
Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2	2010
Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação	2011
Imunizações: Cartilha de Orientações Técnicas para a Equipe de Enfermagem	2011
Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido: Programa Mãe Curitibana	2012
Diretriz de Atenção à Saúde da Criança Curitibana	2012
Diretrizes da Saúde Bucal	2012
Protocolo de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	2012
Protocolo da Rede de Atenção e Proteção à Pessoa Idosa em Situação de Risco para Violência	2012
Saúde do Idoso: Sistematização da Avaliação na Atenção Primária à Saúde	2012
Consenso sobre as Atribuições de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde de Curitiba	2012
Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	No prelo

Construção e implantação das diretrizes e protocolos clínicos

As diretrizes clínicas elaboradas na SMS Curitiba visam sistematizar a atenção a uma determinada condição de saúde. São periodicamente revisadas para incorporar tanto o avanço do conhecimento científico como das políticas e práticas de saúde. Dessa maneira, revela a mentalidade da gestão municipal construída ao longo da história da instituição referindo uma determinada época, um momento de desenvolvimento do SUS.

Para o processo de elaboração ou revisão da maioria dos protocolos e diretrizes é constituído um grupo de revisores multiprofissional composto por médicos da APS e especialistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, dentre outros. Esse grupo avalia a literatura disponível (nacional e internacional) em busca do grau de evidência e de recomendação das condutas a serem preconizadas. Além disso, as portarias, resoluções e publicações do Ministério da Saúde embasam essa construção.

As versões preliminares são submetidas à avaliação por outros profissionais da rede municipal (UBS e NAAPS) e das coordenações de diferentes áreas técnicas (avaliação interna) e de instituições representantes de profissões da saúde e especialidades médicas (avaliação externa), para efetivação de consensos. Em posse das sugestões encaminhadas, o grupo revisor avalia e faz as adequações pertinentes e o produto final é encaminhado para a edição gráfica.

Para a implantação das diretrizes, são utilizadas diferentes estratégias que englobam ações de educação continuada (palestras para os profissionais da APS, capacitação das autoridades sanitárias locais, etc.) ou de educação permanente. O processo pedagógico engloba, dentre outras, algumas metodologias ativas de aprendizagem, a revisão entre pares nas UBS, o desenvolvimento de habilidades clínicas, o matriciamento com especialistas ou com médicos de família nas UBS.

A maioria das diretrizes e protocolos da SMS Curitiba define a população-alvo a partir da estimativa esperada para uma determinada condição, baseada em indicadores epidemiológicos e séries históricas do município. Da mesma forma, estima-se a distribuição dos portadores de uma condição por estratos de risco, de acordo com os critérios de estratificação estabelecidos na diretriz. A partir dessa estimativa, a equipe de saúde pode programar o perfil da atenção necessária.

Quanto à atenção à condição crônica, são abordadas questões como: formas de prevenção, rastreamento, diagnóstico, avaliação (história, exame físico, exames complementares), plano de cuidado, seguimento, encaminhamentos para outros níveis de atenção (secundário, terciário), entre outros. O papel da equipe multiprofissional (NAAPS e UBS) é determinado, além da planilha de programação da atenção. Os indicadores expostos na mesma compõem o grupo de indicadores do Plano Operativo Anual (POA). Esse plano embasa a programação das equipes de saúde das UBS na atenção das diferentes condições de saúde. A partir do monitoramento quadrimestral do POA, é possível fazer adequações dos programas nos diferentes níveis da gestão (local, distrital e central).

2.9 Gestão por Resultados em Curitiba: POA, IDQ e Contrato de Gestão

Inês Kultchek Marty
Nilza Teresinha Faoro

A gestão da saúde em Curitiba, cuja história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcada pela permanente busca da consolidação dos seus princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização, a descentralização e o controle social, têm muito a compartilhar, pois sempre está atenta aos desafios presentes para mudar seu futuro⁽⁷⁾.

Para o processo de planejamento, ressalta-se a importância de vários documentos, planos e relatórios pertencentes ao arcabouço legal do SUS, dos quais cabe destacar as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e recentemente a Lei Complementar 141/2012.

O Pacto pela Saúde – resultante de recente processo de qualificação da relação federativa entre os gestores – tem como uma de suas diretrizes o planejamento no âmbito do SUS, “que deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão”⁽⁷⁵⁾. O Sistema de Planejamento do SUS, representado por essa forma de atuação estabelecida no Pacto, está regulamentado pela Portaria nº 3.085/2006. Essa portaria define o planejamento – nesse incluído o monitoramento e a avaliação – como processo estratégico para a gestão do SUS nas três esferas.

Em consonância ao Pacto, o planejamento, o monitoramento e a avaliação configuram-se como processo estratégico para a gestão do SUS em Curitiba. Os avanços alcançados na construção e os desafios atuais exigem, todavia, a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades desse Sistema. A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba implantou ferramentas de gestão que permitiram o acompanhamento do crescimento populacional, as mudanças nas condições de saúde, monitoramento de morbidade e mortalidade, bem como a organização de uma rede de atenção, fortalecendo assim a Atenção Primária à Saúde⁽⁷⁶⁾.

Em 2002, a SMS instituiu o Contrato de Gestão na Atenção Primária a Saúde, construído por meio de seminários que objetivaram a sensibilização do

quadro gerencial, com ênfase na importância da utilização da informação para a tomada de decisão e aumento da participação, negociação e responsabilidade mútua entre gestores, equipes das Unidades Básicas de Saúde/Estratégia Saúde da Família e comunidade, estratégia de gestão voltada para resultados visando aprimorar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de indicadores.

Na etapa seguinte foram realizadas oficinas que definiram as informações e indicadores para o monitoramento.

Os Contratos Institucionais são acordos voluntários entre duas ou mais entidades legais, entendidas como pessoas físicas, morais ou jurídicas⁽¹⁷⁾.

A administração pública tem com o contrato de gestão maior flexibilidade administrativa e condições de competitividade no mercado, possibilitando, assim, uma gestão integrada e melhoria dos serviços prestados à coletividade. Para a administração pública, tal instrumento não pode ser considerado um instrumento jurídico, mas um instrumento gerencial que formaliza um compromisso de atingir melhores resultados entre órgãos do Poder Executivo e o Estado. A esse respeito, Cardoso⁽⁷⁷⁾ afirma que um contrato de gestão pode ser compreendido como um instrumento institucional ou gerencial que estabelece os princípios básicos de negociação para alcançar uma gestão aberta e integrada, voltada para o cumprimento de resultados, com superior qualidade do produto ou serviço prestado ao cidadão.

O instrumento contrato de gestão é destinado a rever relações de controles ineficazes e obtenção de crescente responsabilização, por parte de dirigentes, na área pública, em relação aos objetivos que devam ser atingidos. Segundo Cardoso⁽⁷⁷⁾, contratos internos de gestão que incluem acordos entre grupos de funcionários e dirigentes para assegurar certas metas, aumentando o grau de consciência de participação, a capacidade de decisão, determinam o envolvimento da pessoa no processo produtivo, oportunizando a redefinição do modo como se trabalha.

Assim, o contrato de gestão busca maior autonomia gerencial, estabelece um controle de resultados, pressupondo maior eficiência e qualidade à administração pública. De maneira geral, alinha-se à descentralização do Estado, conferindo maior autonomia às suas instituições ou a seus níveis de governo, ao mesmo tempo em que se valorizam procedimentos relacionados ao acompanhamento e avaliação dos resultados.

Sendo um instrumento gerencial, origina-se da administração por objetivos, também denominada administração por resultados ou administração por objetivos e resultados. Segundo Trosa⁽⁷⁸⁾, o contrato de resultados é uma peça gerencial cuja elaboração tem que ser negociada, baseada na escuta, no acordo entre as partes. A autora destaca as novas competências requeridas para sua elaboração: “ouvir todos os atores e partes envolvidas; desenvolver capacidade de negociação estratégica, incluindo neutralizar, convencer, potencializar todos os interessados; fazer prova de capacidade aguçada de julgamento e avaliação, buscando equilibrar as diferentes visões”⁽⁷⁸⁾.

Segundo Mendes⁽¹⁷⁾, os contratos internos (ou endógenos) são aqueles nos quais os entes contratantes e contratadas são instituições estatais. Os entes prestadores de serviços estão subordinados ao ente contratante – uma Secretaria Estadual de Saúde faz um contrato com seus hospitais próprios. Ou os entes contratantes e contratados pertencem a organizações estatais distintas – por exemplo, uma Secretaria Municipal de Saúde faz um contrato com um hospital da Secretaria Estadual de Saúde.

Na relação contratual não haverá mais um lado que manda e outro que obedece, e um lado que pensa e o outro executa. O princípio da autoridade se mantém, mas de outra forma. A capacidade de definir objetivos e estratégias, de negociar dialogicamente, de definir compromissos bilaterais e de concretizá-los em contratos bilaterais⁽¹⁷⁾.

O contrato de gestão deverá ter definido claramente os representantes das partes contratantes bem como mencionar leis em que o contrato se baseia, além da descrição do objeto do contrato, ou seja, a razão que levou à negociação e à assinatura do contrato de gestão.

Os objetivos de uma parceria entre as partes de um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e, sobretudo, a construção do sentido de responsabilização. Torna-se imprescindível o acompanhamento contínuo do contrato para uma melhor avaliação do desempenho⁽⁷⁸⁾.

Nos contratos de gestão, o pressuposto da obtenção de um grau de autonomia administrativa tem, por contrapartida, o compromisso de administrar por

metas, que representam ganhos de eficiência gerencial. Para alcançar esses objetivos, deve-se determiná-los por critério de prioridade, procurando contemplar as atividades que têm maior impacto sobre os resultados. O objetivo deve ser específico quanto aos dados concretos: o quê, quanto, quando. Além disso, é importante focalizar objetivos no trabalho e não no homem, detalhando cada objetivo em metas subsidiárias. O objetivo deve ainda indicar os resultados a serem atingidos, mas não limitar a liberdade de escolha dos métodos – indicar o quanto, mas não o como. Por último, é importante usar uma linguagem compreensível para os gerentes e manter-se dentro dos princípios da administração⁽⁷⁹⁾.

Para Campos⁽⁸⁰⁾, um dos meios de garantir o avanço do SUS seria melhorar a utilização e gerenciamento de recursos ao se adotar um modelo misto de repasse de recursos com base em capacidade instalada, base populacional e encargos sanitários, além de transferências capitaneadas em contratos de gestão, com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores.

Os contratos de gestão estabelecem uma relação formal voluntária, levando a uma solução cooperativa entre os entes com vantagens para os dois lados. Desconstituiu a relação hierárquica pela pactuação bilateral, horizontalizando as relações. Instituiu uma cultura gerencial de parceria na busca de resultados. O ente contratador age no interesse dos usuários do sistema de serviços de saúde, propiciando maior transparência⁽¹⁷⁾.

Após a descentralização do SUS, a SMS-Curitiba fortaleceu a Atenção Primária, implantando várias ferramentas e inovações de gestão que permitiram o acompanhamento do crescimento populacional, as mudanças nas condições de saúde bem como a organização de uma rede de atenção⁽⁸¹⁾. Dentro dessas práticas, em 2002, instituiu-se o Contrato de Gestão, que possui dois instrumentos – o Termo de Compromisso (TERCOM) e o Plano Operativo Anual (POA). O Contrato de Gestão foi construído por meio de oficinas gerenciais sob consultoria, com coordenadores de programas, coordenadores distritais, técnicos e autoridade sanitária local. Inicialmente foram elencados 250 indicadores, o que inviabilizou o processo. Posteriormente foram classificados como: Indispensáveis, Necessários e Desejáveis. No primeiro momento fizeram parte do POA os indicadores Indispensáveis e que tinham fonte informatizada, definido o período para monitoramento e posteriormente, construção dos instrumentos.

Na etapa seguinte, seguindo o processo de construção do TERCOM, foi realizado um seminário de sensibilização para o quadro gerencial sobre a importância da informação para tomada de decisão e gestão por resultados.

Em 2003 os Contratos de Gestão foram implantados em 100% das Unidades Básicas de Saúde e Distritos Sanitários, com 38 indicadores pactuados no POA, contemplando os Programas de Saúde da Mulher: Mãe Curitibana e Viva Mulher; Saúde da Criança: nascer em Curitiba e pacto pela vida; Saúde Bucal; Condições Crônicas: hipertensão, diabetes e hanseníase; Saúde do Trabalhador; Controle de Doenças e Agravos Prioritários: dengue, doenças exantemáticas, leptospirose, hepatite.

No primeiro ano da implantação foram realizados vários encontros entre as Coordenações de Informação e Autoridades Sanitárias Locais (Chefia das UBS) a fim de ajustar os conhecimentos em relação a cálculos para a realização da pactuação, fontes, metas e parâmetros utilizados.

O processo de monitoramento dos indicadores pactuados apoia-se na incorporação de novas tecnologias em saúde, as quais têm possibilitado a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo município, como o e-Saúde, novo sistema informatizado da Secretaria Municipal da Saúde que substituiu o CQS (Cartão Qualidade Saúde) que havia sido implantado na rede municipal em 1999. O e-Saúde tem entre as suas funções o apoio e registro dos atendimentos nas Unidades Municipais de Saúde (prontuário eletrônico). O módulo *relatório* tem disponível para acesso nas UBS, DS e SMS um conjunto de relatórios gerenciais estruturados e dinâmicos.

Assim, 90% das fontes dos indicadores do POA são do sistema prontuário eletrônico. Os demais 10% são dos sistemas SIAB, SISMAMA, SIMIVISA. É premissa, desde a implantação, para inclusão de indicador no POA, ter relatório disponível em sistema informatizado. Isso faz com que os resultados sejam confiáveis e disponíveis em todos os níveis de gestão em tempo real.

Consideram-se como bases institucionais para a operacionalização do TERCOM o Plano Municipal da Saúde, a Agenda Municipal da Saúde, os Protocolos Clínicos, os Planos Operativos Anuais – PPI, além de PROESF, SISPACTO e Sistema de Informação Gerencial (relatórios informatizados e as planilhas de programação)⁽⁸²⁾.

A implantação dos Protocolos Clínicos (disponíveis em www.saude.pr.gov.br) construídos em conjunto com os técnicos da SMS, avalizados por instituições formadoras, órgãos e associações de classes, garantem os fluxos estabelecidos e a qualidade no atendimento e a incorporação de novos medicamentos e equipamentos embasados em evidências científicas, proporcionando segurança aos profissionais da SMS e usuários. Os Protocolos Clínicos também listam os indicadores prioritários para se monitorar e avaliar a qualidade das ações realizadas e, portanto, são importantes na escolha dos indicadores a serem monitorados no POA.

Os Contratos de Gestão são firmados anualmente com as Equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Distrito Sanitário (DS) e Secretário Municipal de Saúde.

O TERCOM é um documento estabelecido por meio do qual os profissionais e as equipes se comprometem anualmente a seguir princípios como respeito à vida e preceitos do SUS com a ciência dos usuários. Assinam anualmente o TERCOM a Autoridade Sanitária Local (ASL), Supervisora Distrital, Secretário Municipal de Saúde e duas testemunhas do Conselho Local de Saúde. Em anexo fica o POA com os resultados conquistados no ano anterior e a pactuação para o ano em vigência. O TERCOM é baseado em cláusulas onde são detalhadas as responsabilidades de cada nível de gestão. Contudo, é importante ressaltar que o referido documento tem valor moral e não legal, demonstrando o envolvimento e comprometimento das partes envolvidas.

O POA é uma planilha anexa ao TERCOM que relaciona os indicadores de saúde priorizados para o monitoramento durante o ano⁽⁸³⁾. Por meio de um monitoramento trimestral, as equipes têm condições de acompanhar as ações e monitorar os resultados, redirecionando o processo de trabalho a fim de melhorar seu desempenho, renegociar metas, caso seja necessário e, principalmente comemorar os avanços alcançados e metas pactuadas atingidas. Portanto, é um importante instrumento para o planejamento local, para a sistematização e socialização da informação, e contribui para a melhoria da qualidade da gestão dos serviços.

Em nível Distrital sob responsabilidade da Coordenação de Informação em Saúde, é realizado um comparativo dos resultados dos indicadores das UBS, posteriormente apresentado e discutido em reunião gerencial, permitindo a

socialização da informação e principalmente a troca de saberes quanto a forma de cumprimento das metas. Dessa mesma forma são realizadas reuniões, periodicamente, com as Coordenações de Informação dos DS e SMS para avaliar os resultados dos DS. Anualmente são revisados e atualizados os indicadores e parâmetros.

Segundo Marty⁽⁸²⁾, o comprometimento dos gestores com a Saúde Pública da cidade, procurando manter diretrizes estabelecidas, consolidando boas práticas e avançando em outras, bem como a permanente preocupação com a qualidade nas ações prestadas, o sentido de pertencimento, a capacitação dos profissionais de saúde e visão do futuro, procurando antever situações e propondo medidas de enfrentamento, repercutiu em bons indicadores de saúde no município de Curitiba.

O Contrato de Gestão, implantado na SMS de Curitiba há dez anos, tem sido avaliado como inovador, sendo considerado um avanço gerencial importante para Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba⁽⁸⁴⁾.

Em 2012, o Contrato de Gestão estava implantado nas 109 Unidades Básicas de Saúde e priorizava 81 indicadores de saúde que contemplavam tanto os programas estratégicos da SMS como os indicadores do Pacto pela Saúde e da Vigilância em Saúde.

O envolvimento dos servidores locais no momento da pactuação das metas, levando em conta os recursos disponíveis, a capacidade operacional, a série histórica e sempre em conformidade com as características da população residente no território e considerando a população usuária do SUS de sua área de abrangência, proporciona aprendizagem das equipes quanto ao manejo clínico, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos e conhecimento de perfis epidemiológicos locais.

Os indicadores são monitorados trimestralmente, proporcionando o acompanhamento das ações, a busca da melhoria da qualidade da gestão de serviços por resultados, a garantia de permanente processo de negociação e renegociação, a transparência entre as partes e o aprimoramento do planejamento local, apontando as necessidades de mudanças no processo de trabalho e de condutas gerenciais, aumentando a eficiência dos serviços prestados.

A socialização das informações possibilita a melhoria da gestão por resultados, envolvendo as equipes no compromisso e responsabilização para alcance

das metas pactuadas, que passam a ser um desafio coletivo e não apenas do gestor municipal.

No ano de 2003, um sistema de incentivo por meio de remuneração variável denominado Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ) foi implantado na SMS Curitiba. Esse sistema caracteriza-se pelo incentivo financeiro para as equipes de saúde que alcançaram as metas pactuadas. A avaliação é feita por meio de quatro planilhas distintas: avaliação individual, autoavaliação, avaliação da comunidade e avaliação da unidade. Essa última compreende a avaliação de 18 indicadores que compõe o POA, mais três indicadores administrativos. O processo de avaliação é trimestral e resulta na obtenção de um acréscimo da remuneração que varia de 20 a 50% do salário base do profissional⁽⁸⁵⁾.

Resultados Observados com a implantação dos Contratos de Gestão

Após dez anos de implantação dos Contratos de Gestão, observou-se um maior envolvimento e compromisso de gestores locais e profissionais que compõem as equipes, tendo significativa melhoria no seguimento das orientações estabelecidas pelos protocolos clínicos dos programas estratégicos, no desempenho dos profissionais e serviços, no processo de trabalho e melhoria da gestão.

O Contrato de Gestão intensificou o trabalho das equipes de saúde na busca da excelência e do impacto das ações, na melhoria dos indicadores de saúde, bem como, possibilitou maior visibilidade, interesse do servidor pelo planejamento e acompanhamento dos indicadores locais, direcionamento e empoderamento de suas ações, otimizando o tempo e contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população curitibana.

O maior acesso da população aos serviços de saúde, especialmente com o aumento da capacidade de resposta das UBS, a melhoria do acesso à informação em saúde e os avanços dos recursos tecnológicos, seguramente têm influenciado nas mudanças dos indicadores em Curitiba e dado suporte às inovações no processo de atenção e gestão dos serviços.



Foto 20. A organização da atenção em saúde (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS/PMC).

2.10 Abordagem Motivacional para Mudança de Comportamento

Ana Maria Cavalcanti
Camila A. G. Santos Franco

Inúmeras ações de promoção à saúde e prevenção de doenças englobam a adoção de comportamentos saudáveis. No entanto, é frequente a ideia de que estratégias motivacionais são pouco efetivas, que motivar pessoas a modificarem seu estilo de vida é um desafio, uma tarefa árdua e frustrante, pois a maioria não quer, não pode, ou não consegue mudar.

Recomendações sobre estilo de vida saudável são rotineiras na APS, assim como nos diferentes meios de comunicação. Ao mesmo tempo, informações sobre os malefícios de comportamentos de risco para doenças crônicas como tabagismo, sedentarismo, baixo consumo de frutas, verduras e legumes e alto consumo de gorduras na alimentação, entre outros, estão disponíveis em vários materiais de educação em saúde.

Apesar dessas considerações, a adesão dos cidadãos curitibanos a estilos de vida mais saudáveis ainda é um grande desafio. O último inquérito nacional sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas –VIGITEL 2011⁽⁸⁶⁾ revelou que das pessoas que responderam o inquérito em 2011, 20,2% fumavam; 50% tinham excesso de peso, sendo 16,2% obesas; 37% consumiam frequentemente carne com gordura e 62,4% consumiam leite integral; 34,5% consumiam regularmente refrigerante; 11,2% eram fisicamente inativas e 20,4% assistiam 3 ou mais horas diárias de televisão; 14,3% tiveram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias.

O conhecimento sobre riscos e benefícios do estilo de vida adotado nem sempre é suficiente para assumir a mudança necessária. As pessoas experimentam o desejo de alcançar um determinado resultado sem abrir mão de seus comportamentos atuais, é um “querer e não querer”. Basta avaliar a conduta dos profissionais de saúde frente às suas próprias escolhas.

Em 2008, o Centro de Informação em Saúde (CIS) da SMS Curitiba elaborou um projeto de educação continuada sobre abordagens motivacionais para mudança de comportamento. Esse projeto partiu da necessidade de desenvolver

a habilidade dos profissionais da rede municipal de saúde em favorecer a adoção de comportamentos saudáveis pelos usuários. As equipes multiprofissionais da APS demonstravam inúmeras vezes frustração em relação à atenção prestada às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes melito tipo 2, por exemplo. Vários membros da equipe descreviam o não alcance das metas do tratamento (pressão arterial, nível de glicemia, peso corporal adequado, entre outras) como resultado da não adesão dos usuários às prescrições feitas na UBS. Era frequente o discurso dos profissionais sobre como as pessoas eram rebeldes e não queriam mudar.

Por um lado, a equipe de saúde persistia em prescrever comportamentos aos usuários como alimentação, dieta, cessação do tabagismo, uso contínuo de medicação, participação nas atividades da UBS, entre outros. Por outro, os usuários mantinham seus comportamentos habituais apesar de ouvirem as “ladainhas” da equipe sobre os malefícios dos mesmos. Experiências baseadas no conhecimento prévio de alguns membros da equipe sobre tecnologias efetivas de mudança de comportamento aconteciam pontualmente. A maioria dos profissionais de saúde não havia contemplado essa temática em seus cursos de graduação ou pós-graduação.

Alguns estudos baseados em Programas de Prevenção de Diabetes^(87, 88) mostravam a efetividade de estratégias comportamentais para redução do peso e, conseqüentemente, redução do risco de desenvolver diabetes. Um dos grupos do estudo era orientado a adotar alimentação hipocalórica e atividade física aeróbica regular. Para isso, os participantes recebiam apoio para a autogestão do comportamento com definição de metas, automonitoramento, plano de ação, identificação e resolução de problemas. O apoio individualizado ocorria pelo contato frequente com um gestor do cuidado que utilizava abordagens motivacionais.

Mas a efetividade e a viabilidade do uso dessas tecnologias na APS e sua replicabilidade em outros comportamentos ou condições crônicas ainda eram questionados. O conhecimento disponível demonstrava que sim.

Lorig e colaboradores^(89,90) demonstraram a efetividade de programas comunitários de apoio ao autocuidado em condições como artrite, AVE, doenças cardíacas e pulmonares. Os autores relataram melhora significativa na comunicação com o médico, na autoavaliação de saúde, na fadiga, na disfunção relativa

à doença, na desabilidade, na prática de atividade física, no manejo de sintomas cognitivos, entre outros. Glasgow e colaboradores^(91,92) também descreveram a efetividade e os avanços no apoio ao autocuidado promovido por diferentes sistemas de saúde para condições como diabetes e insuficiência cardíaca. Para Coleman e Newton⁽⁹³⁾, a efetividade era maior quando o apoio ao autocuidado era oferecido sistematicamente por toda equipe de saúde.

Segundo Bodenheimer e colaboradores⁽⁹⁴⁾, para a gestão das condições crônicas na APS era preciso estabelecer uma parceria entre a equipe multiprofissional e o usuário, englobando cuidado colaborativo e apoio ao autocuidado. Para os autores, havia evidência sobre a efetividade de programas que desenvolviam a habilidade de autocuidado e a educação em saúde, portanto, devia ir além do conhecimento sobre a condição crônica e seu controle. As principais diferenças entre os dois modelos de educação (tradicional e de autocuidado) estão listadas no quadro a seguir.

Quadro 2. Comparação entre modelos de educação

	Educação tradicional	Educação sobre autocuidado
Quem educa?	A equipe de saúde, detentora do saber, é quem assume o processo de educar.	A equipe de saúde, os usuários e a comunidade estabelecem relações de ensino-aprendizagem em atividades individuais e coletivas.
Qual é o processo pedagógico?	Transmissão de conhecimentos, pedagogia depositária e prescritiva.	Pedagogia dialógica, relação dialogada que valoriza os saberes prévios dos usuários e fundamenta-se nas necessidades de conhecimentos, habilidades e atitudes dos mesmos.
O que é ensinado?	O que o saber científico valida como importante: a condição crônica, suas consequências e o seu manejo.	O que é significativo para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes para a sustentação de comportamentos saudáveis.
Como se dá a mudança de comportamento?	Pela transmissão de conhecimento específico sobre a condição crônica.	Pela relação entre a importância e a confiança da pessoa (autoeficácia) na sua capacidade de adotar/sustentar comportamentos saudáveis.
Quais são as metas do processo de educação?	Aderência às prescrições relativas aos comportamentos alvo para melhores resultados clínicos.	Aumento da autoeficácia para adoção e sustentação de comportamentos saudáveis escolhidos pelos usuários.

Fonte: adaptado de Bodenheimer e colaboradores⁽⁹⁴⁾.

Para que as equipes de saúde pudessem assumir o cuidado colaborativo e a educação sobre autocuidado, era necessário treinamento em abordagens de mudança de comportamento. Por isso, foram desenvolvidas na SMS oficinas sobre abordagem motivacional para adoção de comportamentos saudáveis em 2008 e 2009. Cerca de 160 profissionais de saúde de diferentes categorias (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e técnicos em saúde bucal) participaram dessas oficinas. Sua temática englobava modelo cognitivo, estágios de motivação para mudança de comportamento, entrevista motivacional, resolução de problemas e prevenção de recaída, entre outros.

Um dos objetivos principais das oficinas era evidenciar a complexidade do processo de mudança de comportamento. Para isso, os participantes responderam questionários sobre seus objetivos de vida, seus comportamentos e planos. Quando reconheciam a incoerência entre os comportamentos atuais e aqueles necessários frente às suas prioridades de vida, aprendiam técnicas para lidar com a ambivalência. Exercícios de balança de decisão, plano de ação e resolução de problemas apoiavam a estruturação da mudança.

No início das oficinas, era evidente a dificuldade da maioria em fazer perguntas abertas e as orientações eram centradas no conhecimento sobre a condição crônica e suas consequências. Para desenvolver habilidades e atitudes em abordagem motivacional, os participantes exercitaram, por meio de entrevistas em duplas e dramatizações, orientações sobre temas específicos do cotidiano das UBS (cessação do tabagismo, uso de preservativo nas relações sexuais, alimentação saudável, uso de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos, uso abusivo de álcool, etc.).

Surgia, com esse processo, a necessidade de elaborar materiais de apoio que favorecessem a qualificação do cuidado ofertado pelas equipes de saúde. Os materiais consistiam em um manual para a abordagem de mudança de comportamento, dirigido aos profissionais, e um caderno dirigido aos usuários e que continha exercícios para avaliação e monitoramento de comportamentos, construção de planos de cuidado, resolução de problemas etc. Para a sua construção, foram utilizados os mesmos referenciais teóricos das oficinas (Entrevista Motivacional, Modelo Transteórico de Motivação para a Mudança, técnicas de

Resolução de Problemas e Prevenção de Recaídas) e também a teoria sobre Grupos Operativos.

Nessa mesma época, a Coordenação de Alimentação e Nutrição da SMS propôs a revisão dos roteiros dos encontros que compunham as oficinas de reeducação alimentar que ocorriam nas UBS desde 2007. Os usuários com excesso de peso que aceitavam participar das oficinas passavam tanto por avaliação e monitoramento nutricional como por um processo de educação nutricional. Durante os encontros, eram abordadas questões como hábitos alimentares, princípios da alimentação saudável, nutrientes e calorias, conservação dos alimentos, lista de compras, rotulagem nutricional, cardápios etc. Os roteiros, inicialmente mais prescritivos, tornaram-se mais interativos, possibilitando a exposição das concepções e percepções que as pessoas tinham sobre sua alimentação, por exemplo. As principais modificações referiam-se às formas de abordagem dos grupos, mais centradas nas pessoas, suas necessidades, potencialidades e desejos.

Com o LIACC e a criação do grupo temático de tecnologias de mudança de comportamento, as versões preliminares do caderno de exercícios e do manual do profissional de saúde sobre abordagem motivacional para mudança de comportamento foram revistas. As adequações do manual visaram estruturar o trabalho da equipe multiprofissional em relação ao apoio ao autocuidado. Já as adequações do caderno de exercícios buscaram simplificar sua utilização por parte do usuário, com foco nos principais comportamentos de risco e proteção para condições crônicas. A publicação sobre o Autocuidado Apoiado (Manual do Profissional de Saúde e Caderno de Exercícios) foi lançada em julho de 2012.

Capítulo 3 – A criação do Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba (LIACC)

Ana Maria Cavalcanti

Antonio Dercy Silveira Filho

Raquel Ferraro Cubas

*“Sobre o próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano”
(John Stuart Mill – 1806/1873)*

Curitiba, assim como a maioria das cidades do País, vive o rápido envelhecimento populacional e suas consequências. O aumento de portadores de condições crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes melito tipo 2 (DM2) e Depressão, é observado no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse fato expressa tanto a ampliação do acesso à rede municipal de saúde e a qualidade da Atenção Primária em Saúde (APS) como o aumento da prevalência dessas condições crônicas. Representa, portanto, uma conquista e um desafio.

As mudanças no estilo de vida dos cidadãos curitibanos, em muito contribuiu para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na tripla carga de doença. Determinantes proximais do processo saúde-doença, como os padrões alimentares e a exposição aos fatores comuns de risco aumentando, são evidenciados no VIGITEL 2011⁽⁹⁵⁾. O relatório aponta a necessidade de intervir sobre o tabagismo, a inatividade física, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o consumo elevado de alimentos gordurosos, resultando no aumento do excesso de peso e consequentemente em DCNT. Pesquisas nutricionais realizadas em 2005 e 2010 na Rede Municipal de Ensino de Curitiba revelaram aumento do excesso de peso de 25,28% para 31,48%. Já nas crianças com menos de 5 anos, o sobrepeso foi observado em 3,75%, em 1994, e 6,84%, em 2010.

A gestão municipal da saúde de Curitiba acompanha sistematicamente as transformações sociais que afetam a saúde de seus munícipes e, a partir delas, busca soluções inovadoras para seu enfrentamento. Dessa maneira, em 2010, o corpo gerencial da SMS definiu a necessidade de ousar na atenção às condições agudas e crônicas. Dois grupos condutores foram constituídos, com

representantes do nível central e distrital, para delinear o modelo de intervenção e o processo de implantação de ambas as condições.

Em relação às condições agudas, as equipes das UBS/NAAPS e CMUBS narraram experiências significativas no manejo de eventos agudos e discutiram a necessidade de qualificar a atenção. Com a consultoria do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, foi implantada a Classificação de Risco em toda rede municipal de saúde, de forma progressiva, utilizando-se o Protocolo de Manchester. Durante esse processo, ficou evidente, no discurso dos profissionais de saúde, a necessidade de avançar no manejo das condições crônicas, evitando, assim, suas agudizações.

Como otimizar a atenção programada e favorecer o processo de autocuidado dos usuários? As diretrizes clínicas já sistematizavam a gestão de condições crônicas na rede municipal de saúde. Somado a isso, as planilhas de programação da atenção, os contratos de gestão e o incentivo de desenvolvimento de qualidade mobilizavam as equipes de saúde no alcance dos resultados ótimos da atenção. O número de inscritos nos programas de HAS, DM e Saúde Mental aumentou consideravelmente na última década. No início de 2010, eram 114.498 pessoas inscritas no Programa de HAS, 38.604 no de DM2 e 55.332 no de Saúde Mental. A cobertura da população estimada e usuária exclusivamente do SUS chegou a 77% nos programas de HAS e DM2. Isso representava uma média de 1.100 pessoas com HAS, 370 com DM2 e 530 com Transtorno Mental para cada uma das 104 UBS (51 UBS e 53 UBS/ESF). Era preciso avançar ainda mais.

Delineou-se, então, o Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas de Curitiba (LIACC). Seus objetivos principais eram:⁽¹⁾ produzir e disseminar conhecimentos relativos ao cuidado das condições crônicas pelas equipes de APS a partir do marco teórico das Redes de Atenção à Saúde (RAS); e,⁽²⁾ desenvolver e experimentar soluções práticas e inovadoras, testando novos instrumentos para o cuidado, a gestão da clínica e a gestão do caso, aplicados pelas equipes multiprofissionais de APS no manejo das condições crônicas.

3.1 Justificativa de seu enfoque

Ademar Cezar Volpi
Ana Maria Cavalcanti
Antonio Dercy Silveira Filho

O manejo das condições crônicas constitui-se num dos maiores desafios para os sistemas de saúde no mundo na atualidade. Segundo Mendes⁽⁹⁶⁾, a necessidade de se inaugurar um novo ciclo na APS, consolidando seus princípios, atributos e características, e instituindo-a como ordenadora das RAS é premente. A Organização Mundial da Saúde⁽⁹⁷⁾ já apontava que, *“quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona... Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas”*.

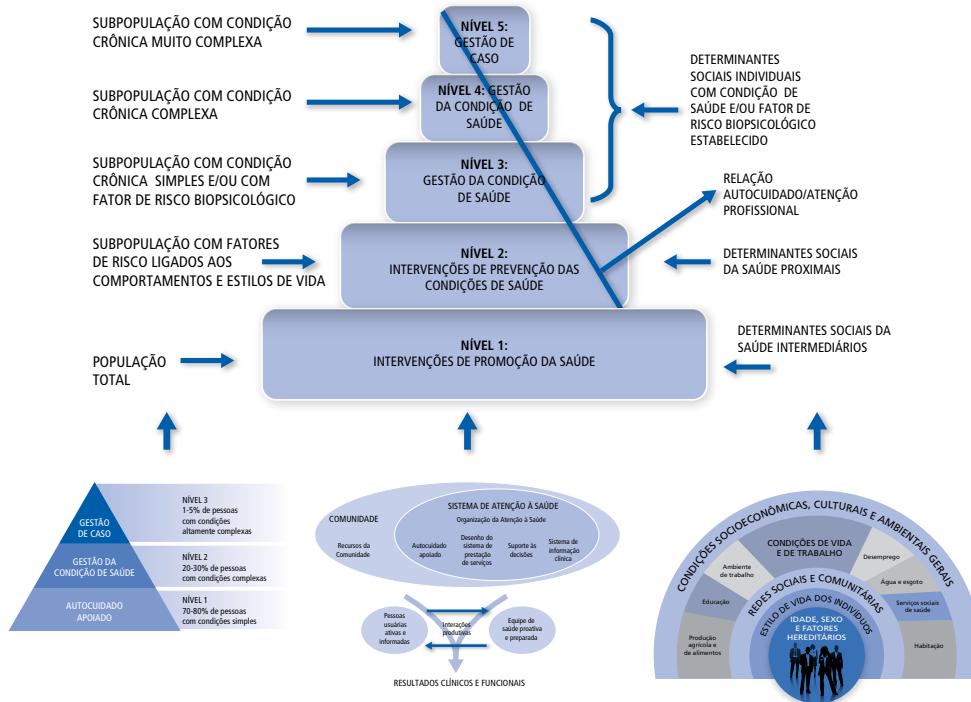
Para Mendes⁽⁹⁶⁾, a implantação de um novo modelo de cuidados é necessária devido à expansão das Condições Crônicas. A crise do Sistema Único de Saúde (SUS) não se resolveria apenas com um adequado financiamento, ou seja, mais dinheiro não seria a solução, dada a crise do modelo de atenção. Numa dimensão macropolítica, segundo o autor, o SUS não procedeu às mudanças necessárias para efetivar adaptações nesse novo momento da sociedade. Sua organização privilegia a atenção às condições agudas ao fundamentar-se no modelo de queixa-consulta.

Numa dimensão micropolítica da saúde, Mendes⁽⁹⁶⁾ questiona a forma como a clínica é exercida, especialmente a médica, fundamentada no modelo biomédico hegemônico e que se repercute num sistema fragmentado, reativo, episódico, voltado à atenção às condições agudas ou às agudizações das condições crônicas.

Considera-se que cerca de 50% das pessoas que frequentam as UBS se beneficiariam mais efetivamente de grupos colaborativos ao invés de consultas médicas individuais. Isso porque o bom controle das suas condições crônicas exige tanto a adesão às terapêuticas tradicionais como o aprimoramento do conhecimento sobre a doença, a prática do autocuidado e a resolução de problemas do cotidiano⁽⁹⁶⁾. Por isso é tão necessária a revisão das tecnologias de cuidado praticadas na APS, posto que as atualmente praticadas não enfrentam a epidemia das condições crônicas em todas as suas dimensões. Sendo as condições

crônicas problemas complexos, seu enfrentamento exige solução sistêmica⁽¹³⁾. A proposta implementada em Curitiba vem ao encontro da formulação proposta por Mendes⁽¹³⁾, introduzindo elementos do modelo de atenção às condições crônicas (MACC), desenvolvido pelo autor a partir de três modelos: o Modelo de Atenção Crônica proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*, o Modelo da Pirâmide de Riscos proposto pela Kaiser Permanente, e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead⁽⁹⁶⁾ (Figura 14).

Figura 14. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS



Fonte: MENDES, 2009.

O MACC aplicado à APS, a partir da estratificação de risco, descreve cinco níveis de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção das condições crônicas, a clínica das condições crônicas menos complexas, a clínica das condições crônicas mais complexas e a clínica das condições crônicas muito complexas. Nos dois primeiros níveis, as equipes de saúde atuam antes que condições crônicas

se estabeleçam, e nos demais, as intervenções clínicas sobre Condições Crônicas já estabelecidas sistematizam-se por meio de atividades planejadas a partir das necessidades dos usuários, mediante seu risco identificado⁽⁹⁶⁾. Alguns movimentos reconfiguram esse modelo: da atenção centrada na doença para uma atenção centrada na pessoa; da atenção do indivíduo para a atenção familiar; do equilíbrio entre oferta de ações na atenção à demanda espontânea e programada; da introdução de novas formas de atenção como atendimentos em grupos e à distância; do fortalecimento do trabalho multiprofissional da ESF e Núcleos de Apoio em Atenção Primária que introduziu novos membros das equipes de SF (profissional de educação física, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e psicólogo).

Salienta-se ainda que, em Curitiba, desde 1991, existe a figura de um gerente local da APS com dedicação integral ao cargo, a Autoridade Sanitária Local (ASL), com papel na gestão local da saúde. Seu papel é fundamental para garantir a introdução das novas tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso e de gestão da clínica, propostas por meio de diretrizes clínicas, baseadas nas melhores evidências disponíveis para atenção no momento, e que periodicamente são revistas pela equipe da gestão municipal da saúde.

Dentre as características essenciais do MACC implementado em Curitiba destacam-se:⁽¹⁾ a gestão baseada na população em substituição à gestão da oferta (modelo hegemônico no SUS);⁽²⁾ a estratificação de riscos mediante identificação dos grupos de risco homogêneos, que passam a ser alvo de tecnologias de cuidado e periodicidade de acesso distinto de acordo com seu estrato, por parte de equipe multidisciplinar, sendo em alguns casos, manejados com uma menor concentração de consultas médicas e de enfermagem, porém, com maior concentração de ações de autocuidado apoiado pelas equipes multiprofissionais; e,⁽³⁾ o reforço ao autocuidado apoiado, praticado pela equipe de saúde com objetivo de ampliar as áreas de competências necessárias aos usuários nos seus conhecimentos, habilidades e despertar de atitudes para se autocuidarem⁽¹³⁾.

Alguns aspectos da APS que favorecem a implantação do MACC em Curitiba merecem ser salientados. A infraestrutura das UBS no município é adequada ao trabalho das equipes de APS, o que permite operar mudanças no modelo de atenção. Há alguns anos, por exemplo, iniciou-se a implantação dos “Espaços Saúde” em cada uma das UBS, que são salas de aproximadamente 60 m² que

dispõem de uma pequena cozinha experimental, de recursos para a prática de atividade física (colchonetes, bastões, etc.), de cadeiras removíveis e de outros recursos que possibilitam atividades em grupos.



Foto 21. Atividades em grupo no Espaço Saúde, UBS Alvorada (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).

A UBS dispõe de diversos equipamentos médicos, odontológicos e de enfermagem adequados às ações e práticas propostas para a APS. Por exemplo, há coleta descentralizada de exames complementares em todas as UBS, que só é possível graças à capacidade humana e disponibilidade de insumos, mediante oferta compatível garantida por meio da produção do Laboratório Municipal de Curitiba. Para a Classificação de Risco (Protocolo de Manchester), termômetros digitais. São, portanto, inúmeros equipamentos e recursos que se adequam às

práticas propostas, conferindo uma densidade tecnológica que condiz com as ofertas assistenciais previstas para a população na APS.

Os prontuários eletrônicos são uma realidade desde 2001 em Curitiba, o que garante a gestão de riscos e agravos permanente, com base nos princípios da Vigilância em Saúde que outrora se orientou pelos fundamentos dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde – SISS⁽¹⁷⁾ e que agora possibilitam os trânsitos assistenciais e de informação dentro da proposta das RAS⁽⁹⁶⁾. Ressalva-se que em sua lógica, apesar de avançada, o prontuário eletrônico estrutura-se a partir dos contatos individuais dos usuários com o sistema de saúde, padecendo de avançar na estruturação de prontuários familiares eletrônicos, já em estudos por parte da gestão municipal.

Todos os profissionais das equipes multiprofissionais da APS são concursados, contratados mediante concurso público com vínculo estatutário e no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante seleção pública e contrato regido pela CLT. Portanto, em todas as categorias profissionais as relações de trabalho seguem os preceitos legais, com as garantias trabalhistas previstas, não havendo profissionais com contratos precários atuando nos serviços de APS. Por exemplo, os NAAPS abrangem a totalidade das equipes de APS, estejam ou não organizadas a partir da estratégia Saúde da Família. Nos Núcleos todos os profissionais são também concursados e com vínculo estatutário, e se incorporam ao trabalho das equipes de APS, fortalecendo especialmente as ações com enfoque na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Apesar de investimentos e parcerias permanentes entre as instituições acadêmicas locais com a rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), alguns problemas na graduação persistem, posto que boa parte dos profissionais (especialmente médicos) ainda se formam na perspectiva da especialização. Porém, em dezembro de 2011, 54 dos 168 médicos que compunham as ESF em Curitiba, ou seja, 32,14% deles possuíam registro no CRM como especialistas em Medicina da Família e Comunidade (com ou sem residência médica comprovada). O que confere um corpo clínico com vias de consolidação à estratégia SF.

A equipe de gestores em 2012 era eminentemente constituída por servidores públicos de carreira, em todos os níveis. Eram médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e tantos outros profissionais que alternavam suas carreiras com os cargos na gestão, como ASL, Supervisores de Distrito Sanitário, Superinten-

dentes, Diretores, Coordenadores de Programas Estratégicos e Secretário da Saúde. Atitude política que garante continuidade das ações estratégicas apesar das alternâncias decorrentes dos processos políticos, constituindo-se como uma fortaleza institucional da gestão da saúde em Curitiba.

A gestão conta ainda com Conselhos Locais de Saúde (CLS) e Conselhos Distritais de Saúde em todas essas unidades assistenciais, eleitos a cada dois anos por meio de Conferências Locais e Distritais de Saúde. Dessa maneira, pretende-se superar possíveis fragilidades no controle social no âmbito local, distrital e municipal.

Dentre os 14 problemas estruturais da APS apontados por Mendes⁽⁹⁶⁾ que confluem para determinar uma baixa valorização sanitária, social e política, percebe-se que apenas o financiamento insuficiente ainda ocorre em Curitiba. Apesar dos investimentos que estão na ordem de aplicação de 17% do Orçamento Municipal em 2011, seriam ainda necessários aportes significativos por parte dos entes estadual e federal, mediante o compromisso tripartite assumido na gestão do SUS.

A maturidade do sistema municipal de saúde que desde a sua base fundamenta-se e estrutura-se a partir do fortalecimento da APS, conferem ao município de Curitiba características distintas, que lhe atribuem condições de investir nas mudanças como essas propostas no Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas de Curitiba.

3.2 Definição das Condições Crônicas trabalhadas

Raquel Ferraro Cubas

Eliane Chomatas

Um olhar diferenciado no enfrentamento das condições crônicas sempre marcou o Sistema Municipal de Saúde de Curitiba. Acompanhar portadores de agravos como a hipertensão, diabete, transtorno mental, tuberculose, hanseníase, HIV, entre outros, demandaram inúmeras ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Atividades de incentivo a hábitos de vida saudáveis, a construção de diretrizes clínicas voltadas a essas patologias, os processos de qualificação profissional e ações para o aprimoramento da organização dos serviços de saúde, vêm sendo desenvolvidos com prioridade nas últimas décadas no município.

Nas primeiras reuniões de planejamento do LIACC, diante das muitas condições crônicas a serem abordadas pela atenção primária e da complexidade do processo de mudança que se anunciava, o grupo condutor sentiu a necessidade de eleger quais dessas seriam incluídas no Laboratório. Assim sendo, aprofundou-se a discussão a partir de referenciais teóricos, dos indicadores epidemiológicos do município, bem como da estrutura e oferta dos serviços de saúde.

O *WHO Global status report on non communicable diseases 2010*⁽⁹⁸⁾ aponta que as doenças não transmissíveis são a maior causa de morte em todo o mundo. Mais de 36 milhões de pessoas morreram de doenças não transmissíveis em 2008, principalmente de doenças cardiovasculares (48%), câncer (21%), doenças respiratórias crônicas (12%) e diabetes (3%).

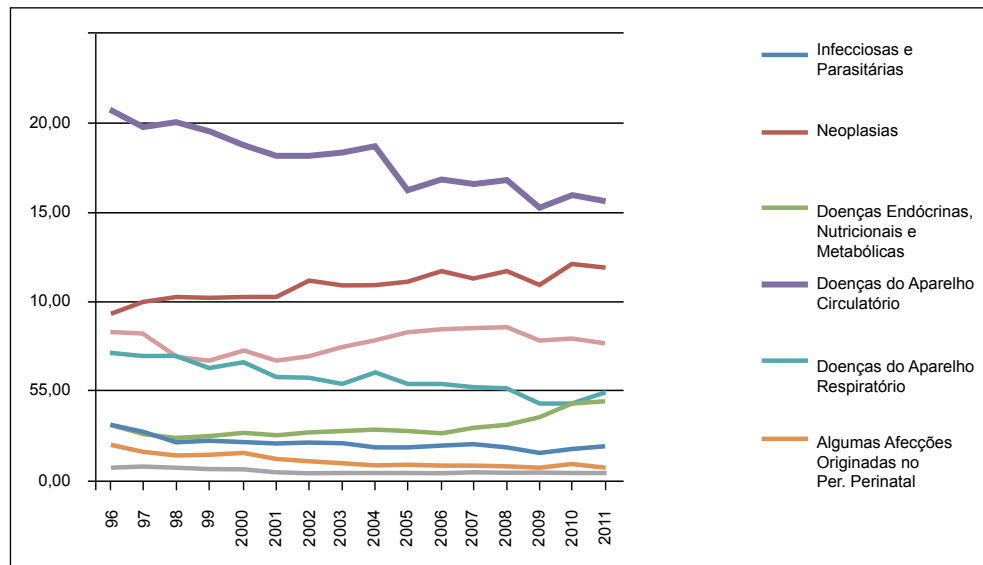
No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes⁽³⁸⁾. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabete e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Primária, melhoria da assistência e redução do

tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010).

Segundo dados do Ministério da Saúde, os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente⁽³⁸⁾.

Os dados epidemiológicos, um dos critérios utilizados para a priorização das condições crônicas a serem trabalhadas no LIACC, demonstram que também em Curitiba, acompanhando o panorama mundial e nacional, as condições cardiovasculares são a principal causa de mortalidade (Figura 15).

Figura 15. Coeficiente de mortalidade segundo alguns capítulos do CID-10 (por 10.000 hab.) Curitiba – 1996 a 2011



Fonte: SMS/CE/SIM 2010 e 2011 – dados preliminares

Segundo dados do VIGITEL 2011⁽⁹⁵⁾, em Curitiba 22% da população com 18 anos ou mais refere diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e 4,7% refere diagnóstico médico de Diabetes.

No ano de 2011, as Unidades Básicas de Saúde acompanhavam 119.528 hipertensos e 47.360 diabéticos. Esse número tem avançado progressivamente, com um impacto crescente nas atividades das equipes e provocando consequentemente uma inquietação junto aos trabalhadores, gestores e usuários: como acompanhar um maior número de pessoas por um tempo maior e sendo mais efetivo?

A preocupação com a repercussão dessas transformações na população curitibana, os dados epidemiológicos, associados ao aumento da população acima de 60 anos, induziu a gestão municipal a repensar o modelo vigente na atenção à hipertensão e a diabetes, em que, apesar de todas as ações implementadas na Secretaria Municipal da Saúde, o cuidado permanecia centrado na atuação do profissional médico e as atividades das equipes para mudança de comportamento dos usuários revelaram-se pouco efetivas ao longo do tempo.

Diante desse contexto, foi consenso do grupo que a Hipertensão e Diabetes seriam condições a serem trabalhadas. A maior dificuldade foi a inclusão da saúde mental como um tema a ser abordado no LIACC. Apesar de os dados epidemiológicos, como a morbidade hospitalar, apontarem a relevância dessa área no município, percebia-se a resistência por parte de profissionais sobre o tema, com várias justificativas como: “é muito difícil”, “é muito complexo”, “vamos deixar para um segundo momento”.

O desenvolvimento de ações na área da Saúde Mental na atenção primária marcam um progresso indiscutível no cuidado prestado aos portadores de transtorno mental no município. No entanto, apesar dos diversos movimentos e esforços institucionais, de profissionais da saúde da Secretaria Municipal da Saúde e de outros parceiros, Curitiba ainda apresenta muitos desafios nessa área, que exige das políticas públicas de saúde novas formas de enfrentamento com vistas a ampliação do acesso com qualidade, em um sistema que seja mais acolhedor, resolutivo e humanizado.

Na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não-transmissíveis, realizada em Nova York, 19 e 20 de setembro de 2011⁽⁹⁹⁾, bem como na 55ª Assembleia Geral da Organização

Mundial da Saúde em 2012⁽¹⁰⁰⁾, foi reconhecido que os transtornos mentais e neurológicos, incluindo a doença de Alzheimer, constituem uma importante causa de morbidade e contribuem para a carga global de doenças não transmissíveis, necessitando de fornecimento de acesso equitativo a programas efetivos e de intervenções de saúde.

A depressão chegou a ser estimada, nos anos 1990, como a quarta causa específica de incapacitação, com tendência a crescimento⁽¹⁰¹⁾. Ao ser comparada a outras condições crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves, causando mais prejuízo no status de saúde do que angina, artrite, asma e diabetes^(67, 102). Depressão é um transtorno mental comum que atinge mais de 350 milhões de pessoas no mundo e é um dos principais agravos contribuintes para a carga global de doença. Além disso, transtornos mentais podem levar ao suicídio e ter uma interface com as doenças cardiovasculares. Seu tratamento pode ser realizado na atenção primária e o tratamento é efetivo. Por essas justificativas, essa foi a terceira temática a ser incorporada no LIACC em Curitiba.

A partir da seleção das condições crônicas, o trabalho intenso para responder às questões acima foi iniciado com a formação de grupos programáticos e grupos temáticos que então se debruçaram em estudos, elaboração de materiais e elaboração da proposta de intervenção, descritos em outros capítulos desse livro.

3.3 Desenho do Modelo de Intervenção: Grupos Programáticos e Grupos Temáticos

Ana Maria Cavalcanti
Raquel Ferraro Cubas

Considerando a complexidade das intervenções para o desenvolvimento das atividades do LIACC, foram criados grupos de trabalho em diversos temas, com a participação de representantes do nível local, distrital e central. O objetivo era oportunizar a construção coletiva de propostas de intervenção sobre as situações eleitas ao enfrentamento. Foram constituídos dois Grupos Programáticos: de Atenção Cardiovascular e de Depressão. Além desses, foram constituídos mais oito Grupos Temáticos: 1) prevenção das condições de saúde; 2) tecnologias de mudanças de comportamento; 3) autocuidado apoiado; 4) relações com a comunidade; 5) educação permanente; 6) educação em saúde; 7) sistemas de informação da clínica; e, 8) desenho do sistema de prestação de serviços. Em torno de 50 pessoas foram envolvidas nesse processo inicial.

Uma Oficina de Trabalho para Alinhamento Conceitual⁽¹⁰³⁾, realizada em agosto de 2010, aproximou os participantes dos diversos grupos dos conceitos fundamentais do modelo de atenção às condições crônicas e sua aplicação na atenção primária à saúde. Os objetivos dessa Oficina incluíram:

- 1) compreender o que é condição de saúde e diferenciar condição aguda, condição crônica e evento agudo;
- 2) compreender as relações entre as condições agudas e crônicas e os sistemas de atenção à saúde;
- 3) conhecer os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde;
- 4) conhecer os componentes da estrutura operacional das redes de atenção à saúde;
- 5) compreender o que é modelo de atenção à saúde;
- 6) compreender Modelo de Atenção Crônica e os modelos dele derivados, na experiência internacional;
- 7) descrever o Modelo de Atenção Crônica e discutir sua aplicabilidade nos programas de atenção às condições crônicas específicas;

- 8) avaliar o programa de atenção à condição crônica específica com base no Modelo de Atenção Crônica;
- 9) compreender o Modelo da Determinação Social da Saúde;
- 10) compreender a Pirâmide de risco da Kaiser Permanente;
- 11) compreender o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS e as razões para sua proposição;
- 12) descrever o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS;
- 13) compreender as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde; e,
- 14) compreender as intervenções em relação às condições de saúde estabelecidas: a gestão da clínica e as tecnologias de gestão de condição de saúde e de gestão de caso.

Os temas desenvolvidos nessa oficina de trabalho oportunizaram a contextualização da importância dos programas de atenção às condições crônicas em Curitiba e sua adequação ao modelo proposto, com destaque para as estratégias de prevenção das condições de saúde, a gestão da clínica, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso e o autocuidado apoiado.

A partir dessa oficina, os grupos passaram a se reunir sistematicamente para o desenvolvimento das propostas de intervenção, com base na literatura pertinente e nos conhecimentos prévios dos profissionais, considerando a realidade do município. Os grupos avançaram de maneira diferenciada, seja em virtude da disponibilidade de tempo dos participantes para as reuniões ou pela complexidade do tema abordado pelo grupo.

Foram definidos os critérios para a seleção das Unidades Básicas de Saúde onde seria implantado o Laboratório de Inovações de Atenção às Condições Crônicas, e concomitantemente foi discutido e estruturado um modelo de pesquisa avaliativa que pudesse acompanhar e sistematizar os processos e resultados na implantação desse novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Um nono grupo foi então criado para coordenar a pesquisa avaliativa, composto por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e membros do grupo de condução do LIACC.

O quadro a seguir apresenta as principais atividades propostas para cada um dos grupos de trabalho com o objetivo de nortear o desenvolvimento das intervenções.

Quadro 3. Atividades dos grupos programáticos e temáticos no LIACC Curitiba

Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas em Curitiba
Grupos programáticos
Revisão da diretriz clínica de HAS, DM2 e Depressão Revisão da planilha de programação da HAS, DM2 e Depressão Elaboração do plano de implantação da diretriz clínica de HAS, DM2 e Depressão nas UBS Seleção dos indicadores de monitoramento do Programa de HAS, DM2 e Depressão
Grupos temáticos
Prevenção das condições de saúde
Elaboração/revisão do Programa de controle do tabagismo na APS Elaboração/revisão do Programa de alimentação saudável na APS Elaboração/revisão do Programa de atividade física na APS
Tecnologias de mudanças de comportamento
Elaboração de material de apoio sobre tecnologias de mudanças de comportamento
Autocuidado apoiado
Elaboração de um modelo de plano de autocuidado Elaboração de um sistema de monitoramento dos planos de autocuidado apoiado Elaboração de instrumento de avaliação da capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de HAS, DM2 e Depressão Elaboração de manual de autocuidado apoiado para profissionais e caderno de exercícios para usuários sobre autocuidado apoiado
Relações com a comunidade
Elaboração/Revisão do sistema de identificação dos recursos comunitários, na área de abrangência da UBS, para suporte aos Programas de HAS, DM2 e Depressão Elaboração/Revisão do sistema de informação sobre os recursos comunitários, na área de abrangência da UBS, para suporte aos Programas de HAS, DM2 e Depressão Elaboração/Revisão do sistema de institucionalização de parcerias da UBS com instituições comunitárias para dar suporte aos Programas de HAS, DM2 e Depressão
Educação permanente
Elaboração de uma proposta de educação permanente dos profissionais das equipes das UBS com base nos princípios da andragogia
Educação em saúde
Elaboração de material para educação popular em saúde de pessoas portadoras de HAS, DM2 e Depressão

Sistemas de informação da clínica

Incorporação no prontuário eletrônico o registro de portadores de HAS, DM2 e Depressão por riscos
 Incorporação no prontuário eletrônico o registro de tabagistas
 Incorporação no prontuário eletrônico o registro de portadores de sobrepeso ou obesidade
 Incorporação no prontuário eletrônico o registro de inatividade física
 Incorporação no prontuário eletrônico os indicadores de monitoramento da HAS, DM2 e Depressão
 Definição de campo no prontuário para registro do plano de cuidado e plano de autocuidado
 Revisão da capacidade do prontuário eletrônico em dar alertas, lembretes e *feedback* em relação a HAS, DM2 e Depressão
 Revisar sistema de atenção eletrônica para garantia de acesso online de materiais educativos, resultados de exames, prescrição de medicamentos, etc
 Revisão do cadastramento das pessoas usuárias nas UBS de intervenção

Sistema de prestação de serviços

Elaboração de proposta de atendimento em grupo
 Elaboração de proposta de trabalho conjunto de generalistas e especialistas
 Elaboração de sistema de monitoramento por telefone ou internet

Pesquisa avaliativa

Elaboração de Projeto de Pesquisa
 Submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa
 Submissão do projeto de Pesquisa ao Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas na APS – OPAS
 Seleção de UBS piloto e de intervenção
 Seleção, em conjunto com o grupo programático, de indicadores de monitoramento de HAS, DM2 e Depressão
 Validação do instrumento de avaliação pelos profissionais da capacidade institucional da APS para manejo de HAS, DM2 e Depressão (ACIC)
 Validação do instrumento de avaliação pelas pessoas usuárias sobre o cuidado em HAS, DM2 e Depressão (PACIC)
 Desenvolvimento da pesquisa avaliativa

Fonte: Curitiba, 2011.

Toda a proposta de organização da atenção às condições crônicas no LIACC se estruturou a partir da estratificação de risco, identificando aqueles usuários e famílias mais dependentes de um acompanhamento contínuo. Antes do LIACC, as equipes das UBS em Curitiba já trabalhavam com a estratificação de risco na organização da oferta da atenção à saúde ao cuidado das condições crônicas, porém o modelo de atenção concentrava o cuidado profissional individual aos pacientes de alto risco. O LIACC propôs a reorganização do atendimento, inovando no manejo dessas condições crônicas como principal estratégia de mudança. Para tal, foram elaboradas novas tecnologias de cuidado, de educação em saúde e a revisão de diretrizes clínicas descritas mais adiante nesse livro.

Em março de 2011, foram definidas as UBS dos Distritos Sanitários CIC e Boqueirão que participariam diretamente das atividades propostas. Os critérios considerados para escolha das UBS incluíram a cobertura de suporte das UBS por equipes multidisciplinares dos NAAPS; ser UBS com Equipe Saúde da Família (ESF); número de Equipes Saúde da Família por UBS; população cadastrada, entre outros (maior detalhamento é apresentado no Capítulo 5). Antes mesmo de implantar o LIACC nas UBS selecionadas, optou-se por fazer uma experiência-piloto em outra UBS localizada em outro Distrito Sanitário. Uma UBS piloto, localizada em outro DS (UBS Alvorada/DS Cajuru) foi selecionada com base nos mesmos critérios de inclusão citados anteriormente. O objetivo era testar e validar as estratégias que estavam sendo propostas antes de sua implementação nas outras UBS de intervenção.

Assim, 12 UBS apoiadas por NAAPS compostos por um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo, foram selecionadas para serem acompanhadas ao longo do desenvolvimento do LIACC para análise das mudanças provocadas pelo novo modelo de atenção às condições crônicas. As UBS selecionadas e seus respectivos NAAPS são: UBS experimentais Sabará, Barigui, Caiuá – NAAPS CIC 2; UBS controle Taiz Viviane Machado, Vitória Régia, Vila Verde – NAAPS CIC 3; UBS experimentais Moradas Belém, Waldemar Monastier, Irmã Tereza Araújo NAAPS BQ 2 e UBS controle Érico Veríssimo, Jardim Paranaense, Pantanal – NAAPS BQ 1.

Como estratégias iniciais de desenvolvimento do LIACC na UBS Alvorada (piloto) foram introduzidas discussões com as equipes sobre o atendimento em grupo e autocuidado apoiado, duas ferramentas-chave para implantação das inovações propostas pelo Laboratório. Para o atendimento em grupo foi proposta a estratégia do Cuidado Compartilhado (CUCO), que pretende potencializar o uso de tecnologias de cuidado pela equipe multiprofissional, mantendo o foco na estabilização de indicadores de monitoramento da saúde nos diferentes grupos de cuidado. O desenvolvimento da abordagem do autocuidado apoiado também contou com a contribuição direta das ESF da UBS Alvorada.

Após experimentação na unidade-piloto, o LIACC passou a ser desenvolvido em outras seis UBS experimentais, três em cada Distrito Sanitário, escolhidas por sorteio, conforme proposto pelo desenho da pesquisa avaliativa (ver Capítulo 5).

Com a proposta do LIACC aprovada pelo Conselho Gerencial da Secretaria Municipal da Saúde em abril de 2011, um diagnóstico inicial foi conduzido por membros do grupo de condução do LIACC nas 12 UBS envolvidas, com o objetivo de compreender como as mesmas estavam organizando a atenção às condições crônicas, especialmente no atendimento em grupo e autocuidado apoiado, considerando as características locais da comunidade, perfil das equipes locais, espaço físico disponível nas UBS, os recursos comunitários, entre outros.

No 2º semestre de 2011, concluiu-se a etapa de concepção do Modelo de Cuidado às Condições Crônicas (MACC) e a primeira fase de implantação do laboratório nas UBS selecionadas, com investimento principalmente nas mudanças de processos de trabalho das equipes de saúde.

Em meados de 2012, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou efetivamente a implantação da segunda etapa do LIACC, com o desenvolvimento de diversas estratégias junto às equipes e população envolvidas nas UBS de intervenção.

A avaliação das ações desenvolvidas até o final de 2012 ainda está ocorrendo, com a previsão de finalização de coleta de dados e sistematização de resultados finais até o início do segundo semestre de 2013.

A descrição mais detalhada das intervenções desenvolvidas na experiência do LIACC em Curitiba é apresentada a seguir.

Capítulo 4 – Tecnologias de Gestão da Clínica no Modelo de Atenção às Condições Crônicas

*Raquel Ferraro Cubas
Ana Maria Cavalcanti*

*“Todo homem toma os limites de seu próprio campo de visão como os limites do mundo”
(Arthur Schopenhauer – 1788/1860)*

A gestão da clínica apresentou-se como questão estratégica no desenvolvimento do MACC em Curitiba. No contexto da APS e da ESF, a gestão da clínica é conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construídas com base em evidências científicas e voltadas para a qualificação da atenção à saúde⁽¹³⁾, envolvendo a implementação de diretrizes clínicas, a gestão das condições de saúde, a gestão do caso, além da auditoria clínica ou avaliação por resultados.

Em Curitiba, tecnologias de gestão da clínica já vinham sendo implementadas antes do desenvolvimento de ações do LIACC. Entretanto, a reflexão crítica sobre os processos demandados para a qualificação da atenção às condições crônicas apontava para a necessidade de inovar, tanto na perspectiva da revisão de processos, quanto na criação de novas tecnologias de cuidado.

Assim, entre as primeiras ações desenvolvidas no LIACC estavam as revisões das diretrizes clínicas das condições crônicas priorizadas e a consolidação da estratificação de risco.

No campo da gestão e manejo das condições de saúde, as inovações envolveram a construção de tecnologias que pudessem provocar mudanças na abordagem clínica baseada no conhecimento, a partir de um sistema de informação adequado, das necessidades de atenção de uma população adscrita, estratificada de acordo com o risco a condições crônicas⁽¹³⁾. Decorrentes disso, novas abordagens envolveram a definição de planos de cuidado a HAS, DM2 e Depressão, bem como a incorporação de tecnologias de mudanças de comportamento, tanto nas estratégias de cuidado compartilhado, como na educação

permanente de profissionais envolvidos, além do fortalecimento das relações com a comunidade.

A introdução de estratégias de gestão do caso baseou-se principalmente no desenvolvimento de tecnologias para o autocuidado apoiado. Nesse capítulo são relatadas as tecnologias desenvolvidas no LIACC com o objetivo de apoiar as mudanças propostas.

4.1 Revisão da Diretriz de Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica

Ana Maria Cavalcanti

Aléxei Volaco

A Hipertensão Arterial Sistêmica acomete um número cada vez maior de pessoas. No Brasil, ela é responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE), 25% das mortes por doença coronariana e, associada ao DM, a 50% dos casos de insuficiência renal terminal. No entanto, entre 1990 e 2006, observou-se uma redução lenta e constante nos níveis de mortalidade cardiovascular no país.

Com o LIACC, a revisão da diretriz clínica de atenção aos portadores de HAS foi deflagrada. Além de incorporar novas tecnologias de abordagem da população hipertensa, a nova versão descreveu as melhores evidências científicas disponíveis, assim como as modificações da estratificação de risco individual e os medicamentos incorporados à Farmácia Curitibana.

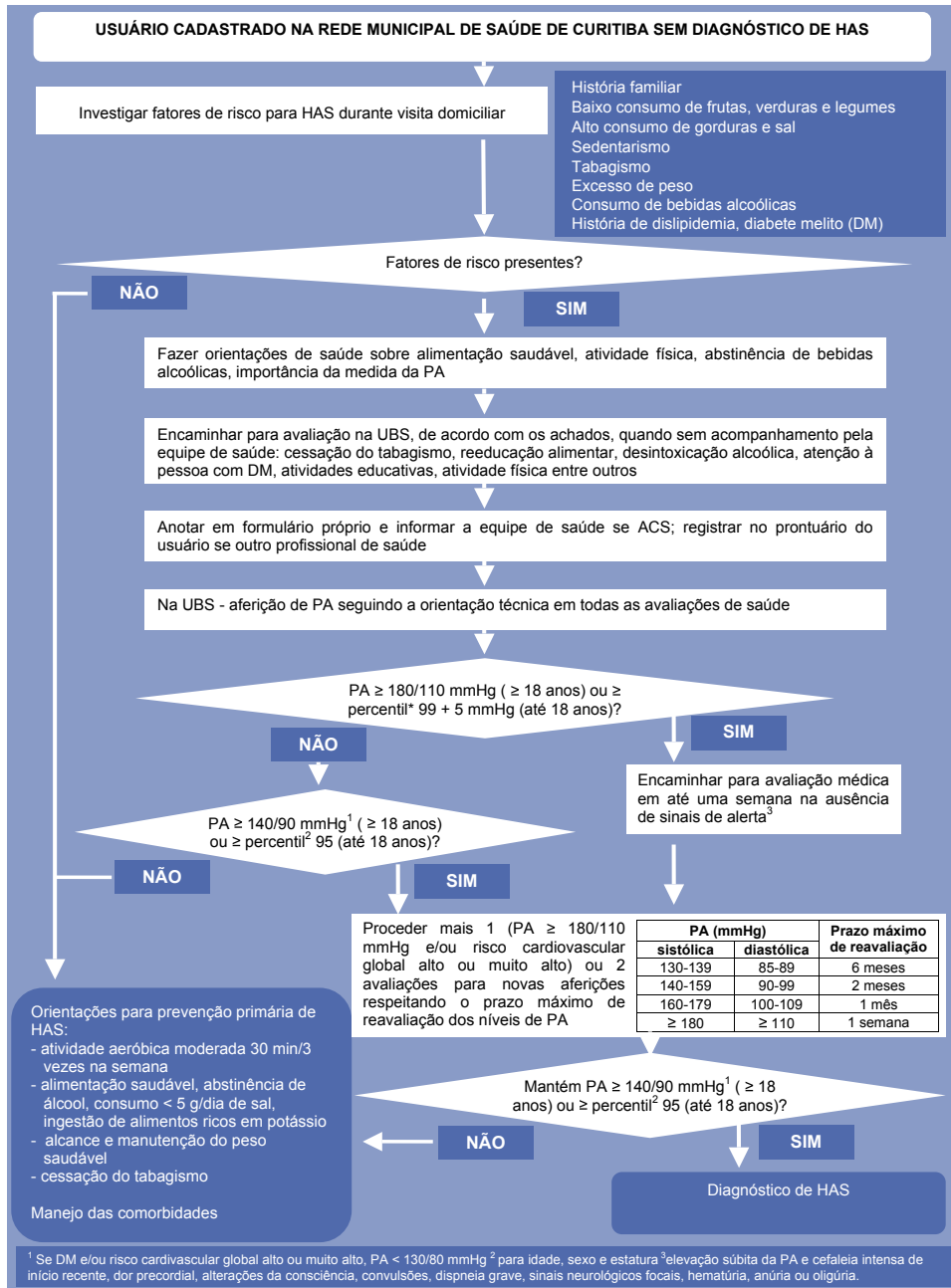
O grupo programático responsável pela revisão das diretrizes clínicas de atenção cardiovascular consultou as principais diretrizes nacionais e internacionais já publicadas sobre HAS. Referências como as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁽¹⁰⁴⁾ e as recomendações do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), assim como inúmeros artigos sobre temas específicos embasaram esse trabalho.

Organização da Diretriz

Algoritmos

Os algoritmos iniciais que abordam rastreamento, diagnóstico, estratificação de risco, seguimento, terapia medicamentosa anti-hipertensiva, plano alimentar, atividade física/práticas corporais e organização da atenção estão disponíveis no início da diretriz, facilitando sua consulta pela equipe de saúde.

Figura 16. Algoritmo de Rastreamento e Diagnóstico de HAS



Introdução, Rastreamento e Prevenção

Os capítulos iniciais da diretriz abordaram a magnitude do problema, os fatores de risco para HAS e a importância do rastreamento dessa condição na população geral, ressaltando a necessidade de padrões técnicos rigorosos de aferição da pressão arterial. Orientações sobre o rastreamento e a classificação dos níveis de PA em pessoas com menos de 18 anos também foram descritas uma vez que a prevalência da HAS na população infantil e adolescente tem aumentado. O quadro a seguir lista os principais fatores de risco à HAS.

Quadro 4. Principais fatores de risco à HAS

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA HAS
<ul style="list-style-type: none">• Idade – quanto maior a idade, maior a prevalência de HAS• Sexo masculino – depois dos 50 anos, o risco é semelhante para ambos os gêneros• História familiar• Excesso de peso – IMC ≥ 25 kg/m² para pessoas entre 20 e 59 anos ou ≥ 27 kg/m² para pessoas com 60 anos e mais.• Sedentarismo• Etnia afrodescendente• Ingestão diária de sódio superior a 2.000 mg (equivalente a 5 gramas de sal)• Ingestão excessiva e prolongada de bebidas alcoólicas• Outros fatores de risco cardiovascular – dislipidemia, DM

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

Em relação às principais medidas de prevenção primária, o destaque foi para a mudança no estilo de vida, com a adoção de medidas efetivas para a redução de PA, conforme apontadas no Quadro 5.

Quadro 5. Medidas de prevenção primária de HAS

MEDIDAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE HAS	
•	Prática regular de atividade física aeróbia como caminhar ou andar de bicicleta por 30 minutos, 3 vezes por semana.
•	Manutenção do peso saudável ou redução de pelo menos 5% do peso corporal para as pessoas com excesso de peso.
•	Alimentação saudável, consumo diário de sódio de no máximo 2.000 mg/dia (equivale a 5 gramas de sal – 1 colher rasa de chá por pessoa) e ingestão de alimentos ricos em potássio.
•	Abstinência de bebidas alcoólicas.
•	Cessação do tabagismo.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

Diagnóstico e Avaliação Clínica Direcionada

Para o diagnóstico, foram adotados os critérios estabelecidos nas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (ver Algoritmo 1). O Quadro 6 apresenta a classificação da pressão arterial para pessoas com 18 anos ou mais.

Quadro 6. Classificação da pressão arterial para pessoas com 18 anos ou mais

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA PESSOAS COM 18 ANOS OU MAIS			
CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)		PA DIASTÓLICA (mmHg)
NORMAL ÓTIMA	< 120	e	< 80
NORMAL	< 130	e	< 85
NORMAL LIMÍTROFE*	130 – 139	e/ou	85 – 89
HIPERTENSÃO			
Estágio 1 (leve)	140 – 159	e/ou	90 – 99
Estágio 2 (moderada)	160 – 179	e/ou	100 – 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	e/ou	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

Em relação à avaliação clínica, as orientações da diretriz enfocaram a importância da história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial para a estratificação de risco e a construção do plano de cuidado.

Estratificação de Risco

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte globalmente. Diversos algoritmos têm sido utilizados com a finalidade de estimar o risco de um indivíduo ser acometido por um evento cardiovascular. Esses escores têm limitações e podem subestimar ou superestimar em populações de alto e baixo risco respectivamente. O escore de Framingham⁽¹⁰⁵⁾ define o risco cardiovascular global como o risco de se desenvolver morte coronariana, infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência coronariana, angina, acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico e hemorrágico, ataque isquêmico transitório, doença arterial periférica e insuficiência cardíaca congestiva.

Para a estratificação de risco dos portadores de HAS, o grupo revisor optou pela utilização do escore de Framingham que estima o risco de doença cardiovascular global em 10 anos, extrapolando a avaliação para indivíduos entre 20 e 30 anos e acima de 75 anos (originalmente esse escore aplica-se dos 30 aos 74 anos). Além desse escore, foi considerada a presença de lesões em órgãos-alvo e de condições clínicas associadas (Quadro 7).

Quadro 7. Lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas à HAS

LESÕES EM ÓRGÃOS-ALVO
<ul style="list-style-type: none">• Hipertrofia de ventrículo esquerdo• Estágio de função renal 3• Espessura médio-intimal maior que 0,9 mm ou placa de aterosclerose em carótidas*• Índice tornozelo-braquial menor que 0,9*• Velocidade de onda de pulso maior que 12 m/s*
CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS
<ul style="list-style-type: none">• Doença cerebrovascular – AVE isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório (AIT)• DCV – angina, IAM, revascularização coronária, insuficiência cardíaca• DAP (doença arterial periférica)• Retinopatia avançada – papiledema, hemorragias e exsudatos• Doença renal – estágio de função renal 4 ou 5

* Exames não recomendados como rotina de avaliação na APS.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

As pessoas com HAS foram estratificadas em baixo, médio, alto e muito alto risco, conforme descrito a seguir (Quadro 8).

Quadro 8. Estratificação do risco cardiovascular global das pessoas com HAS

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL DAS PESSOAS COM HAS	
BAIXO RISCO	Escore de <i>Framingham</i> < 10% em pessoas com HAS sem lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas.
MÉDIO RISCO	Escore de <i>Framingham</i> de 10% a 20% em pessoas com HAS sem lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas.
ALTO RISCO	Escore de <i>Framingham</i> > 20% e/ou lesão em órgãos-alvo identificadas mas sem condições clínicas associadas.
MUITO ALTO RISCO	Pessoas com HAS e condições clínicas associadas, independente do escore de <i>Framingham</i> .

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

Plano de Cuidado

Os principais objetivos gerais do plano de cuidado das pessoas com hipertensão descritos nessa versão da diretriz foram: promoção do autocuidado, melhora da qualidade de vida, intervenção sobre outros fatores de risco cardiovasculares, prevenção de complicações agudas e crônicas, tratamento de comorbidades, alívio da sintomatologia e redução da mortalidade. Esse plano abrange os diferentes aspectos que interferem na saúde da pessoa com HAS. É fundamental que todas as pessoas (equipe de saúde, familiares e portadores de HAS) conheçam os objetivos específicos e as metas da atenção para monitorar os resultados alcançados.

Quadro 9. Plano de cuidado de pessoas com HAS

OBJETIVOS, METAS E PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO DAS PESSOAS COM HAS*		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
ESTILO DE VIDA	Alimentação saudável, práticas corporais/atividade física (aeróbia de leve a moderada intensidade e de resistência), abstinência de fumo.	Todas as avaliações de saúde. Para fumantes – Abordagem Mínima para Cessação do Tabagismo em todas as avaliações de saúde e encaminhamento para abordagem e tratamento intensivo.

OBJETIVOS, METAS E PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO DAS PESSOAS COM HAS*		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
NUTRIÇÃO	Manter o peso saudável (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ² para adultos ou entre 22 e 26,9 kg/m ² para idosos). Circunferência abdominal < 80 cm em mulheres e < 94 cm em homens (pessoas entre 20 e 59 anos).	Todas as avaliações de saúde. Perder 5 a 10% do peso se sobrepeso ou obesidade presente.
VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA	Manter esquema de vacinação em dia.	Anualmente se: - doença coronariana, ICC e doença renal estágio 4 e 5 (encaminhar para o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais com indicação da vacina, exames e relatório/ justificativa). - > 60 anos (campanhas de vacinação).
PRESSÃO ARTERIAL	< 140/90 mmHg. < 130/80 mmHg se RCV global alto ou muito alto e/ou DM*.	Todas as avaliações de saúde.
GLICEMIA	Glicemia de jejum < 100 mmHg.	Anual*.
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total < 200 mg/dL. LDL-col de 130 a 100 mg/dL se RCV global baixo ou médio ou < 100 se DM* e/ou RCV global alto ou muito alto.** HDL-col > 40 mg/dL. Triglicerídeos < 150 mg/dL.	2 em 2 anos – RCV global baixo ou médio e sem dislipidemia. Anual – RCV global alto ou muito alto e/ou dislipidemia (após controle lipídico).
ECG	Sem alterações isquêmicas e hipertrofia de ventrículo esquerdo.	Anual.
FUNÇÃO RENAL	Ausência ou controle de doença renal.	Estágio 0, 1 e 2 – anual. Estágio 3 – semestral. Estágio 4 e 5 – especialista.
SAÚDE MENTAL	Saudável; prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados.	Rastreamento anual de depressão pelo médico e/ou equipe multiprofissional. Rastreamento de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool. Participação nas atividades educativas da UBS; tratamento na UBS e/ou encaminhamento para ambulatório especializado se necessário.

OBJETIVOS, METAS E PERIODICIDADE DE AVALIAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO DAS PESSOAS COM HAS*		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
SAÚDE BUCAL	Saudável (ausência de processos infecciosos e inflamatórios).	De acordo com a necessidade.
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Redução de risco materno-infantil.	Anual. Orientações sobre risco gestacional e indicação de métodos contraceptivos definitivos para casais que não queiram mais filhos.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

Em relação ao tratamento farmacológico, o grupo revisor atualizou as informações disponíveis sobre os agentes anti-hipertensivos da Farmácia Curitibana, com ênfase nos novos itens do elenco de medicamentos. Várias considerações sobre a decisão terapêutica foram feitas, visando a meta dos níveis de PA < 140/90 mmHg para as pessoas com baixo e médio RCV global, ou PA < 130/80 mmHg para as de alto e muito alto risco e/ou com DM.

Sobre o monitoramento do tratamento farmacológico, a diretriz ressaltou a importância da participação da equipe multiprofissional no apoio ao autocuidado. Nas atividades de acompanhamento individuais e/ou em grupo, as dúvidas ou problemas advindos do uso de medicamentos podem ser esclarecidos em conjunto, assim como as soluções para essas situações. A maior aderência à terapia medicamentosa pode ser favorecida pelo diálogo sobre a importância do uso contínuo do(s) medicamento(s); o horário mais conveniente (desde que respeitada a cronofarmacologia); as interações com os alimentos e bebidas; interferências no sono, na diurese e em outras funções orgânicas e mitos referentes à medicação.

O manejo das crises hipertensivas, das comorbidades, e fatores de risco cardiovascular associados também foi contemplado nesse documento.

Mulheres e Idosos com HAS

Nesses capítulos, foram feitas considerações específicas em relação ao gênero e à pessoa idosa. As mulheres com HAS em idade fértil precisam receber orientação quanto ao planejamento familiar e aos possíveis riscos materno-fetais

decorrentes da pressão arterial elevada. A escolha de medicamentos para uso durante a gravidez e a lactação também foi destacada.

Quanto ao idoso, características peculiares de avaliação e tratamento foram descritas. A prevalência da HAS alcança índices de 50 a 70% nessa população e seu controle tem impacto significativo na morbimortalidade e nas limitações funcionais. Essa atenção é complexa uma vez que deve considerar grau de autonomia, independência e funcionalidade; presença de comorbidades e complicações crônicas; expectativa de vida; moradia na comunidade ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos; e convívio com familiares e/ou cuidadores. O controle adequado dos níveis pressóricos, mesmo em pessoas acima de 80 anos, está associado à consistente redução na incidência de AVE, ICC, eventos cardiovasculares fatais e não fatais e mortalidade por todas as causas.

Saúde Bucal

A diretriz procurou descrever a integração da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da UBS/NAAPS. O acesso do portador de HAS à UBS pode ocorrer inicialmente pela clínica odontológica e a captação precoce para as atividades da UBS pode ser favorecida por uma equipe atenta e proativa.

A avaliação de saúde bucal da pessoa com HAS não é diferente daquela realizada para a população geral. Porém, o uso de medicamentos anti-hipertensivos pode afetar as condições de saúde bucal devido à xerostomia, hipertrofia gengival e sangramento, por exemplo. Questões sobre o uso seguro de anestésicos com vasoconstritores ou a realização de procedimentos odontológicos em usuários que fazem uso de medicamentos antiagregantes plaquetários foram esclarecidas.



Foto 22. A avaliação de saúde bucal de usuários, UBS Waldemar Monastier (fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS-PMC).

Organização da Atenção

Os critérios para a organização da atenção ao portador de HAS foram: perfil epidemiológico; papel dos profissionais de saúde (NAAPS e UBS) e estratificação de risco. A concentração de cuidado profissional face a face e de atividades de cuidado compartilhado baseou-se nos estratos de risco como demonstra o quadro a seguir.

Quadro 10. Periodicidade das avaliações na UBS das pessoas inscritas no Programa de Atenção à HAS

PERIODICIDADE DAS AVALIAÇÕES NA UBS DAS PESSOAS INSCRITAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO À HAS			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	AVALIAÇÃO		
	MÉDICA	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
BAIXO	anual	anual	anual
MÉDIO	anual	anual	semestral
ALTO	quadrimestral	semestral	bimestral
MUITO ALTO	trimestral	quadrimestral	trimestral

*as consultas médicas e de enfermagem e avaliações de enfermagem devem ser intercaladas.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

A Planilha de Programação da Atenção à HAS foi complementada com novos indicadores para monitoramento das ações desenvolvidas e os resultados alcançados pelas equipes de saúde das UBS (Quadro 11).

Quadro 11. Planilha de programação da atenção à HAS

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À HAS NA UBS		
INDICADOR	PARÂMETRO	POPULAÇÃO-ALVO
Cobertura de Inscrições para HAS.	Realizar inscrição de 100% das pessoas com HAS SUS dependentes residentes na área de abrangência da UBS.	22% da população acima de 30 anos residentes na área de abrangência*
Concentração de consultas médicas/enfermagem e atendimentos de enfermagem para pessoas com HAS de acordo com o risco.	Realizar consultas médicas/enfermagem e atendimentos de enfermagem de acordo com o risco, conforme preconizado na diretriz.	Pessoas com HAS inscritas no Programa.

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À HAS NA UBS		
INDICADOR	PARÂMETRO	POPULAÇÃO-ALVO
Concentração de exames laboratoriais realizados por pessoas com HAS.	Realizar exames laboratoriais para 100% das pessoas com HAS inscritas no programa, conforme preconizado na diretriz: Parcial de urina (1/ano) Creatinina (1/ano) Glicemia de jejum (1/2 anos) Colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides (1/ano para os de baixo e médio risco, sem DM ou dislipidemia ou 1/ano para os de alto e muito alto risco e/ou com DM e/ou dislipidemia)	Pessoas com HAS inscritas no Programa.
Percentual de portadores de HAS rastreados para depressão.	Realizar rastreamento anual para depressão (PHQ 2) nos portadores de HAS que não têm diagnóstico recente dessa condição.	Pessoas com HAS inscritas no Programa.
Percentual de portadores de HAS fumantes encaminhados para abordagem intensiva para cessação do tabagismo.	Encaminhar os portadores de HAS que são fumantes para Abordagem Intensiva para Cessação do Tabagismo.	Pessoas com HAS inscritas no Programa e fumantes.
Percentual de portadores de HAS com excesso de peso encaminhados para o Grupo de Reeducação Alimentar.	Encaminhar os portadores de HAS com excesso de peso e que não participam para os grupos de reeducação alimentar.	Pessoas com HAS e IMC ≥ 25 kg/m ² se 20 a 59 anos ou ≥ 27 kg/m ² se 60 anos e mais.
Percentual de portadores de HAS com LDL-colesterol na meta.	Alcançar a meta lipídica para 60% ou mais dos portadores de HAS (< 130 mg/dL para os de baixo e médio risco e < 100 mg/dL para os de alto e muito alto risco).	Pessoas com HAS inscritas no programa.
Percentual de portadores de HAS com PA na meta.	Alcançar a meta de PA para 60% ou mais dos portadores de HAS (140x90 mmHg para os de baixo e médio risco e 130x80 mmHg para os de alto e muito alto risco).	Pessoas com HAS inscritas no programa.
Percentual de portadores de HAS com excesso de peso que obtiveram 10% de redução de peso no ano.	Aumento percentual.	Pessoas com HAS inscritas no programa e com excesso de peso.
Percentual de portadores de HAS que praticam 90 minutos semanais de atividade física aeróbica.	Aumento percentual.	Pessoas com HAS inscritas no programa.

*Estimativa IBGE⁽¹⁰⁶⁾

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba, SMS. No prelo, 2012.

4.2 Revisão da Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabetes Mellito tipo 2

Ana Maria Cavalcanti

Aléxei Volaco

O DM2 apresentou crescimento epidêmico nos últimos anos, com a previsão de mais de 360 milhões de pessoas acometidas até 2030 no mundo. Ao mesmo tempo, os índices de controle metabólico da doença estão muito aquém do desejado, determinando aumento nas complicações micro e macrovasculares e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida, perda de anos de vida e altos custos aos sistemas de saúde.

Devido à crescente relevância do DM2, diversas abordagens diagnósticas, estratégias de manejo e medicamentos novos vêm sendo desenvolvidos. A escolha quanto à melhor conduta a ser tomada (diagnóstica ou terapêutica), frente ao imenso universo de informações, é um desafio cada vez maior.

Diante desse cenário, a revisão da diretriz clínica de atenção aos portadores de DM2 era necessária, com o intuito de sistematizar a atenção aos usuários, instrumentalizar o processo de educação permanente da equipe multiprofissional, introduzir novas tecnologias de abordagem das condições crônicas e adaptar à realidade da rede municipal de saúde, as melhores evidências científicas atuais.

Bases Referenciais

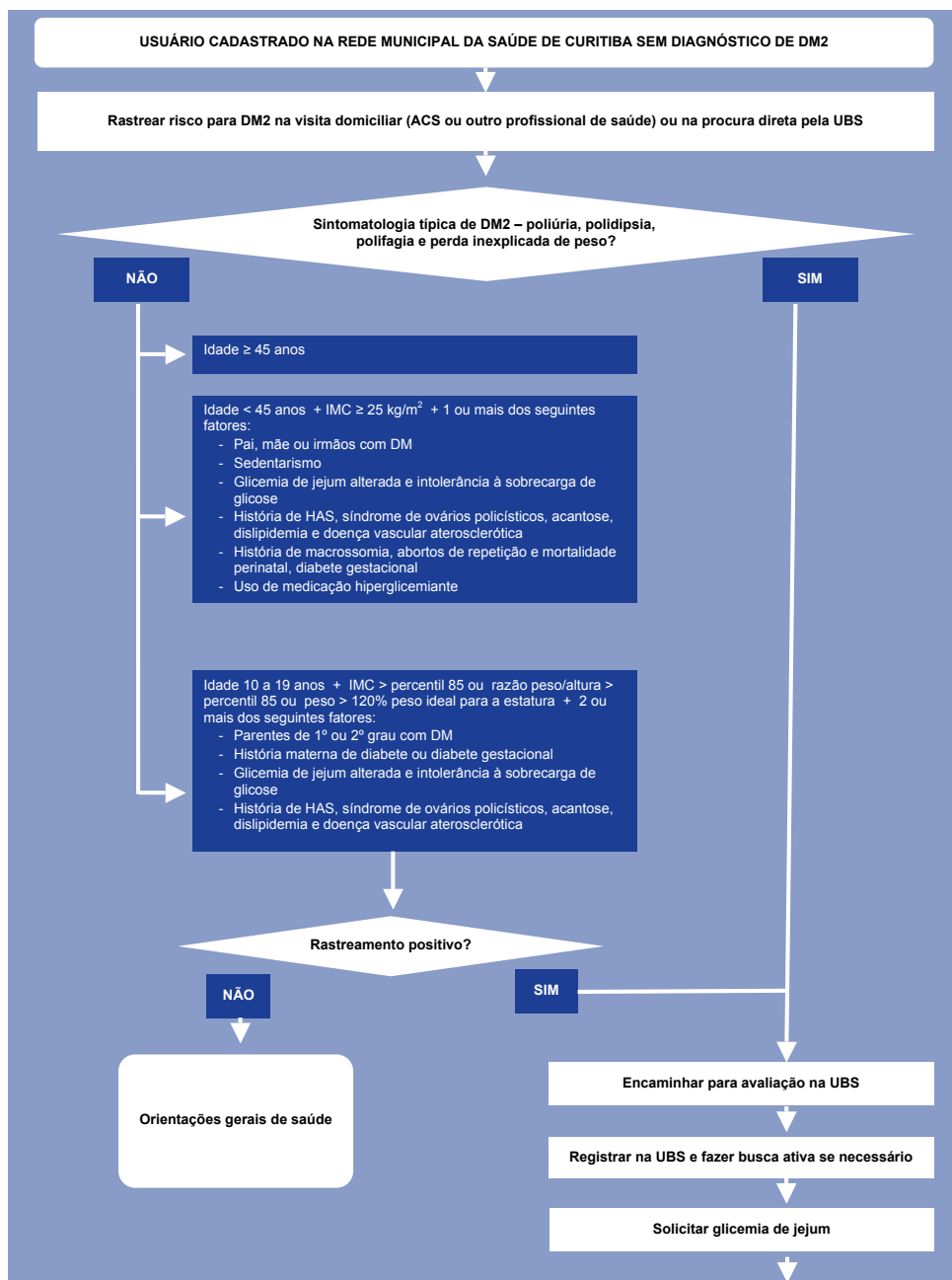
Para a elaboração desse trabalho, o grupo revisor consultou as principais diretrizes nacionais e internacionais já publicadas. Algumas referências, como as Recomendações de Prática Clínica da Associação Americana de Diabetes⁽¹⁰⁷⁾, as recomendações do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)⁽¹⁰⁸⁾ e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes⁽¹⁰⁹⁾, embasaram grande parte dessa construção. Além delas, eram consultados os principais artigos para tópicos específicos em diferentes *sites* de busca como o *US National Library of Medicine* do *National Institute of Health* (PubMed.gov).

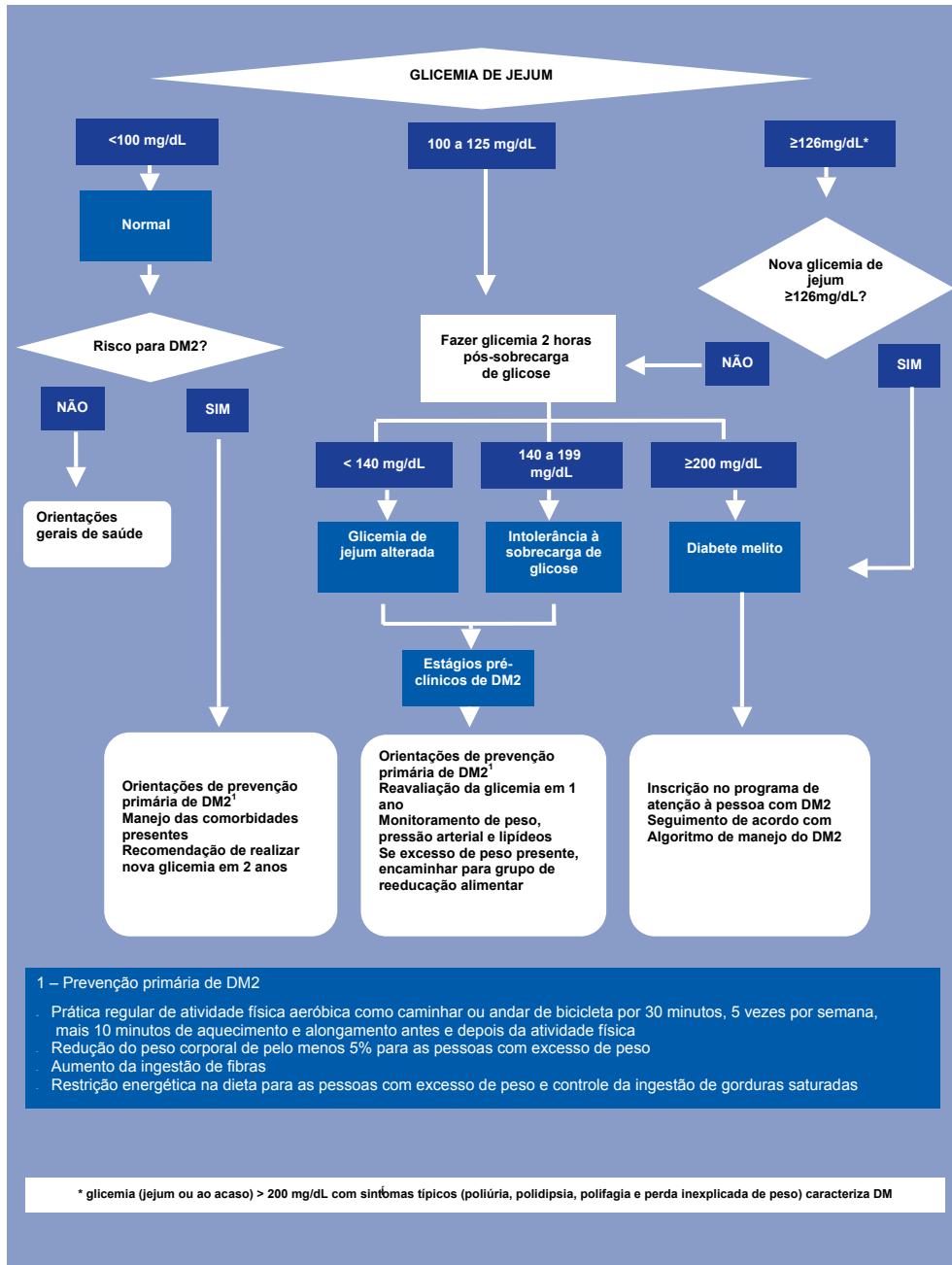
Organização da Diretriz

Algoritmos

As principais recomendações da atenção aos portadores de DM2 foram sintetizadas nos algoritmos da primeira parte da diretriz, com referência ao rastreamento, diagnóstico, acompanhamento, plano alimentar, atividade física, manejo glicêmico, insulinoterapia, controle da pressão arterial, manejo de complicações crônicas, saúde bucal e organização da atenção. Dessa maneira, a consulta rápida pela equipe multiprofissional é facilitada, auxiliando a tomada de decisão. Quando houver necessidade de informação adicional sobre um determinado tema, o leitor pode buscar o respectivo capítulo. Um exemplo de algoritmo está exposto a seguir (Figura 17).

Figura 17. Algoritmo 1 – Rastreamento e diagnóstico de DM2





Introdução, Epidemiologia, Fisiopatologia e Prevenção

Os capítulos iniciais definem o que representa o DM2 e sua atual classificação, a prevalência mundial e nacional, assim como o impacto na expectativa de vida e nos custos pessoais, sociais e para os sistemas de saúde. A descrição sucinta da fisiopatologia auxilia a equipe de saúde a entender o desenvolvimento do DM2, desde seus estágios pré-clínicos até o diagnóstico e sua evolução progressiva. Dessa maneira, fica evidente a importância de abordagens efetivas para favorecer mudança de comportamento tanto das pessoas com pré-diabetes (prevenção) como daquelas com a doença diagnosticada. Uma das principais barreiras à insulinoterapia é a própria resistência da equipe e a compreensão de que a abordagem terapêutica implica, no futuro, o uso inexorável da insulina.

Rastreamento

O DM2 é assintomático na maioria dos casos e apresenta alta prevalência, características que conferem boa indicação para o rastreamento seletivo. A versão 2010 da diretriz segue a recomendação da ADA⁽¹⁰⁷⁾ para rastreamento em todas as pessoas com 45 anos ou naquelas com menos de 45 anos, mas com sintomas clássicos de DM2 e/ou índice de massa corporal (IMC) acima de 25 kg/m² com um ou mais fatores de risco associados (ver Figura 17).

Os principais fatores de risco para DM2 são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 12. Principais fatores de risco para DM2

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA DM2
<ul style="list-style-type: none">• Idade \geq 45 anos• História de DM em pais e irmãos• IMC* \geq 25 kg/m² (20 a 59 anos) ou \geq 27 kg/m² ($>$ 60 anos)• Estágios pré-clínicos de DM – GJA e ISG• Sedentarismo• Condições associadas – HAS, acantose, síndrome dos ovários policísticos, dislipidemia, doença vascular aterosclerótica• Macrossomia ($>$ 4 kg), história de abortos de repetição ou mortalidade perinatal• História de diabete gestacional• Uso de medicação hiperglicemiante

*IMC = peso em kg/altura x altura em metros

Fonte: Adaptado de SBD⁽¹⁰⁹⁾ e ADA⁽¹⁰⁷⁾.

Diagnóstico

Para o diagnóstico, foram adotados os critérios estabelecidos pela SBD⁽¹⁰⁹⁾, inclusive com a identificação dos estados pré-clínicos de DM2 – glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose (ver Algoritmo 1).

O grupo revisor conhecia a adoção da hemoglobina glicada igual ou superior a 6,5% como critério diagnóstico de DM2 pela ADA em 2010. Há alguns anos a academia considerava essa possibilidade, mas a falta de padronização dos ensaios em nível nacional impedia a adoção de tal critério previamente. No consenso de 2010, a ADA adotava a hemoglobina glicada como exame diagnóstico, desde que fosse utilizado um ensaio certificado pelo Programa Nacional de Padronização da Glicohemoglobina (NGSP), compatível com a metodologia adotada no Estudo de Controle de Complicações do Diabetes (DCCT). Nessa época, não havia consenso mundial sobre o tema e a variabilidade nos ensaios clínicos para a dosagem da hemoglobina glicada era grande no Brasil, havendo pouca correlação entre seus resultados. Por esses motivos, o critério diagnóstico não foi adotado na diretriz, apesar de o Laboratório Municipal de Curitiba adotar um ensaio de hemoglobina glicada certificada pelo NGSP.

Avaliação Clínica Direcionada e Plano de Cuidado

Em relação à avaliação clínica, as orientações da diretriz enfocaram a importância da história clínica, exame físico e avaliação laboratorial inicial para a estratificação de risco e a construção do plano de cuidado. Esse plano vai muito além do alcance da meta glicêmica e abrange os diferentes aspectos que interferem na saúde da pessoa com DM2 (Quadro 13).

Quadro 13. Plano de cuidado do portador de DM2

PLANO DE CUIDADO DO PORTADOR DE DM2		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
ESTILO DE VIDA	Alimentação saudável, prática regular de atividade física leve a moderada (150 minutos por semana de atividade aeróbica) e abstinência de fumo.	Todas as avaliações de saúde. Para fumantes – abordagem mínima para cessação do tabagismo em todas as avaliações de saúde e encaminhamento para abordagem e tratamento intensivo.
NUTRIÇÃO	Manter o peso saudável (IMC 18,5 a 24,9 kg/m ² adultos ou 22 a 26,9 kg/m ² idosos). Circunferência abdominal < 80 cm em mulheres e < 94 cm em homens (20 a 59 anos).	Todas as avaliações de saúde. Perder 5 a 10% do peso se sobrepeso ou obesidade presente.
VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA	Manter esquema de vacinação em dia.	Anualmente para: - pessoas em uso de insulina, encaminhar para o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais com indicação da vacina, exames e relatório/justificativa. - pessoas com mais de 60 anos, nas campanhas de vacinação.
CONTROLE GLICÊMICO	Glicemia: - jejum e pré-prandial < 110 mg/dL - pós-prandial < 140 mg/dL HbA1c < 7%	6 a 12 semanas (glicemia de jejum e HbA1c) até controle glicêmico e, após o mesmo, semestral. A glicemia pré e pós-prandial (capilar) pode ser realizada na UBS ou no domicílio (quando em uso de insulina).
PRESSÃO ARTERIAL	< 130/80 mmHg	Todas as avaliações de saúde.
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total < 200 mg/dL LDL-col < 100 mg/dL* HDL-col > 45 mg/dL Triglicérides < 150 mg/dL	2 em 2 anos – idade < 40 anos, sem fator de risco cardiovascular (FRCV) e dislipidemia. Anual – idade > 40 anos, com FRCV ou dislipidemia (após controle lipídico). Para maiores de 40 anos ou dislipidemia ou FRCV associados: iniciar AAS 100 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia (à noite), na ausência de contraindicações.

PLANO DE CUIDADO DO PORTADOR DE DM2		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
FUNÇÃO RENAL	Ausência (TFG** > 90 mL/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina) ou controle de doença renal diabética.	Estágio 0 e 1 – anual. Estágio 2 – semestral. Estágio 3, 4 e 5 – especialista.
RETINA	Ausência (fundoscopia normal) ou controle de complicação microvascular retineana.	Encaminhar anualmente para avaliação com oftalmologista, na ausência de retinopatia. Encaminhar para oftalmologia em qualquer momentos e ocorrer perda súbita de visão, suspeita de glaucoma ou descolamento de retina (flashes de luz, moscas volantes, escotomas ou sombras).
PÉ DIABÉTICO	Ausência (LPS não alterada, pulsos presentes e simétricos, ausência de deformidades) ou controle de complicações neuropáticas ou vasculares. Prevenção de úlceras e amputações.	De acordo com o risco: - baixo – anual. - moderado – 3 a 6 meses. - alto – 1 a 3 meses. Orientações de cuidado com os pés e calçados.
SAÚDE MENTAL	Saudável; prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados.	Rastreamento anual de depressão pelo médico e/ou equipe multiprofissional. Participação nas atividades educativas da UBS; encaminhamento para ambulatório especializado se necessário (ver Protocolo de Saúde Mental).
SAÚDE BUCAL	Saudável (ausência de processos infecciosos e inflamatórios).	Anual pelo cirurgião dentista.
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Redução de risco materno-infantil.	Anual. Orientações sobre risco gestacional e indicação de métodos contraceptivos definitivos para casais que não queiram mais filhos.

* se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg – opcional

** TFG = $[(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher})] \div 72 \times \text{creatinina sérica (mL/min)}$.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

As principais classes de medicamentos antidiabéticos com os diferentes mecanismos de ação foram destacados na diretriz, com especial enfoque àqueles disponíveis na Farmácia Curitibana. As orientações quanto ao tratamento farmacológico basearam-se em consensos da ADA e da (Associação Europeia para Estudo do Diabetes⁽¹¹⁰⁾). Aspectos relativos às barreiras para insulinização foram ressaltados, como a resistência ao seu uso devido ao medo, crenças e experiências anteriores dos usuários e dos profissionais de saúde. Na medida em que todos compreendem que a falência na produção da insulina é inerente ao DM2 e sua reposição é necessária a partir de determinado ponto de evolução da doença, as barreiras diminuem. A questão não é se o usuário necessitará utilizar a insulina, mas quando.

Estratificação de Risco

Os primeiros documentos que sistematizavam a atenção ao DM no município baseavam a estratificação de risco no uso ou não de insulina. Portadores de DM1 e DM2 em uso de insulina eram considerados de maior risco que aqueles com DM2 que não usavam insulina. Na construção da versão 2010 da diretriz, o grupo revisor optou por estratificar o risco da população em relação ao diabetes de acordo com as condições clínicas presentes. As pessoas com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose, condições clínicas preditivas de risco para desenvolvimento de DM2, foram consideradas de risco baixo. Já aquelas com diagnóstico de DM (não gestantes) foram estratificadas em risco médio, alto e muito alto, de acordo com os seguintes critérios:

- a) Alcance das principais metas da atenção – valor de pressão arterial ($\leq 130 \times 80$ mmHg), nível sérico glicêmico (hemoglobina glicada $\leq 7\%$) e lipídico (LDL-colesterol ≤ 100 mg/dl).
- b) Presença de complicações agudas como crises hipo ou hiperglicêmicas nos últimos 12 meses.
- c) Presença de complicações crônicas – retinopatia, doença renal diabética, pé diabético e macroangiopatia.

O quadro a seguir sintetiza os critérios de estratificação de risco ao DM2 estabelecidos na diretriz.

Quadro 14. Estratificação de risco da população em relação ao DM2

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AO DIABETE MELITO TIPO 2	
RISCO BAIXO	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose.
RISCO MÉDIO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico adequados, Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, Sem complicações crônicas.
RISCO ALTO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados OU Controle metabólico e pressórico adequados mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas.
RISCO MUITO ALTO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados + Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou Complicações crônicas.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

Complicações Agudas e Crônicas

As medidas de prevenção, rastreamento, monitoramento e tratamento, pela equipe da APS, tanto das complicações agudas (crises hipo e hiperglicêmicas) como das crônicas (macro e microangiopatia) foram descritas na diretriz.

Quanto à doença macroangiopática (doença arterial coronária, doença arterial periférica e síndrome isquêmica cerebral), destacou-se a abordagem adequada dos fatores de risco cardiovasculares associados e o alcance das metas glicêmicas (< 7%), pressóricas (<130/80 mmHg) e lipídicas (triglicérides < 150mg/dl, colesterol total < 200mg/dl, HDL-colesterol > 45mg/dl e LDL-colesterol < 100 mg/dl ou <70 mg/dl para quem tem antecedentes de doença vascular aterosclerótica). A indicação de antiagregantes plaquetários foi estabelecida para prevenção primária (usuários com risco cardiovascular aumentado) ou secundária.

Na doença microangiopática (retinopatia, neuropatia e doença renal diabética), a diretriz procurou explorar tanto os aspectos fisiopatológicos como os de prevenção, rastreamento, monitoramento e tratamento na APS. Os critérios de encaminhamento para a atenção secundária foram estabelecidos.

Em relação ao pé diabético, preconizou-se a avaliação rápida pela equipe multiprofissional para subsidiar a classificação de risco para ulceração e determinar a conduta de acompanhamento e manejo, conforme Quadro 15.

Quadro 15. Roteiro, ações e condutas na avaliação rápida do pé diabético

AVALIAÇÃO RÁPIDA DO PÉ DIABÉTICO		
ROTEIRO	AÇÃO	CONDUTA
História prévia de lesão no pé	Perguntar se teve úlceras, bolhas, fez algum procedimento vascular no pé ou teve alguma amputação	Antecedentes positivos – pé de alto risco, encaminhar/fazer avaliação completa
Presença de úlceras, edema, descoloração, necrose ou infecção	Investigar tempo de lesão, tratamento instituído, acompanhamento periódico, novas lesões	Classificado como pé com ulceração/lesão – encaminhar/fazer avaliação completa; nova ulceração, edema, descoloração, infecção ou necrose caracterizam emergência
Avaliação de pulsos	Palpar pulso tibial posterior e pulso pedioso	Pulsos ausentes, diminuídos ou assimétricos – pé de risco moderado ou alto, encaminhar/fazer avaliação completa, pesquisar sintomas e sinais de doença vascular
Sensibilidade	Pesquisar sensibilidade vibratória (diapasão) e protetora plantar (monofilamento)	Hesitação nas respostas – repetir o teste nas próximas visitas ou considerar risco moderado Exame alterado – classificado como pé de risco moderado ou alto, encaminhar/fazer avaliação completa
Deformidades	Observe deformidades como cabeça de metatarsos proeminentes, dedos em garra, hálux valgo e amputações parciais	Presença de deformidades – alto risco, encaminhar/fazer avaliação completa. Orientar uso de calçado apropriado mesmo na ausência de neuropatia.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

Pessoas com DM2 cujo pé foi classificado como de baixo risco precisam repetir a avaliação rápida em 1 ano enquanto as outras devem passar pela avaliação completa dos pés e acompanhar/tratar de acordo com os achados do exame (Quadro 16).

Quadro 16. Classificação do pé diabético quanto ao risco de ulcerações

CLASSIFICAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO QUANTO AO RISCO DE ULCERAÇÕES	
RISCO	CARACTERÍSTICAS
Baixo	Sem história prévia nem atual de úlceras e deformidades, pulsos palpáveis e testes neurológicos normais
Moderado	Neuropatia ou ausência de pulsos mas sem história prévia nem atual de úlceras e deformidades
Alto	História prévia de úlceras Presença de deformidades Neuropatia ou ausência de pulsos associado a alterações de pele e/ou história prévia de úlceras e/ou deformidades
Ulceração/lesão	Presença de ulceração, bolha, descoloração, edema, infecção ou necrose
Emergência	Nova ulceração, descoloração, infecção, necrose e/ou edema
Risco social	Isolamento social, péssimas condições de higiene, limitações físicas ou cognitivas para o autocuidado, Instituição de Longa Permanência

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

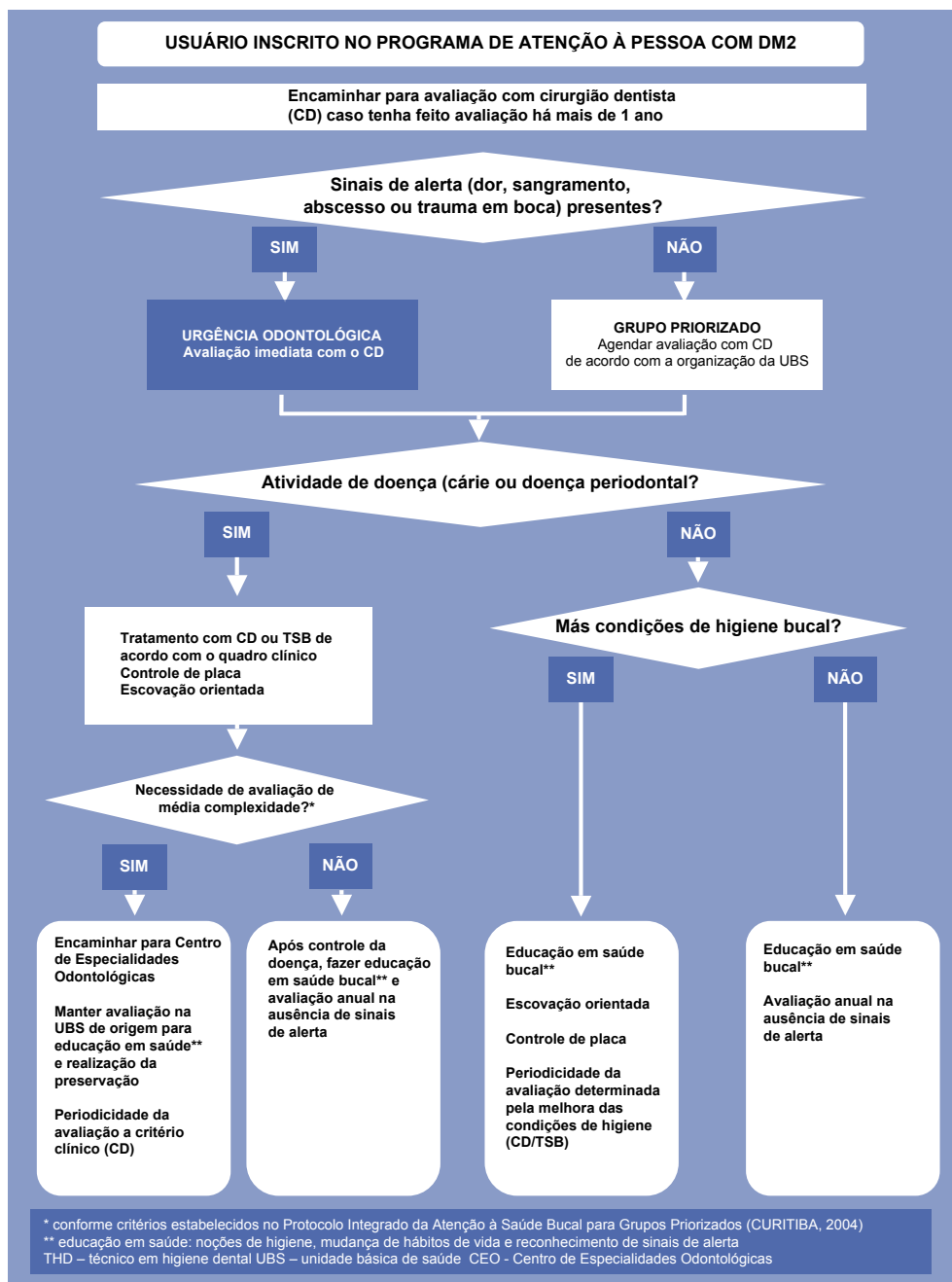
Mulheres e Idosos com DM 2

Nesses capítulos, foram feitas considerações específicas em relação ao gênero e à pessoa idosa. As mulheres com DM2 podem estar em idade fértil e precisam receber orientação quanto a planejamento familiar e possíveis riscos materno-fetais do controle glicêmico inadequado, realçando a importância de ter uma gravidez planejada. Já os idosos com DM2 têm manifestações clínicas, manejo, avaliação, metas terapêuticas e tratamentos peculiares.

Saúde Bucal

O capítulo de Saúde Bucal procurou descrever as principais manifestações bucais do DM2, ressaltando a importância do acompanhamento periódico dos portadores dessa condição pela equipe de saúde bucal. A condição de saúde bucal pode afetar o controle metabólico e a qualidade de vida das pessoas com DM2. Ao mesmo tempo, a condição clínica precisa ser considerada antes da realização de procedimentos odontológicos invasivos, garantindo a segurança dos usuários.

Figura 18. Algoritmo de saúde bucal



Organização da Atenção

A organização da atenção ao portador de DM2 preconizada na diretriz baseou-se no perfil epidemiológico dessa condição, no papel dos profissionais de saúde (NAAPS e UBS) e na estratificação de risco. Dessa maneira, é possível sistematizar as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Os estratos de risco alto e muito alto exigem maior concentração de consultas médicas e de enfermagem, assim como de atenção especializada. Já os estratos de risco médio e baixo necessitam de maior concentração de atividades de apoio ao autocuidado. Com o LIACC, a concentração de cuidado profissional face a face e de atividades de cuidado compartilhado norteia-se pelo estrato de risco. Pessoas com estrato de risco baixo e médio têm menor concentração de consultas face a face em relação àquelas de risco alto e muito alto. O quadro a seguir apresenta a organização da atenção no Programa de Atenção ao DM em Curitiba de acordo com a diretriz proposta.

Quadro 17. Organização da atenção ao DM2

PERIODICIDADE DAS AVALIAÇÕES NA UBS DAS PESSOAS INSCRITAS NO PROGRAMA DE ATENÇÃO AO DIABETE MELITO				
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	AVALIAÇÃO			
	Médica	Enfermeiro	Auxiliar de Enfermagem	Cirurgião Dentista
BAIXO	anual	-	anual	-
MÉDIO	semestral	Anual	trimestral	anual
ALTO	quadrimestral	semestral	bimestral	anual
MUITO ALTO	trimestral	quadrimestral	trimestral	anual

*as consultas médicas e de enfermagem e avaliações de enfermagem devem ser intercaladas.

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

Como a maioria das diretrizes clínicas da SMS, essa versão apresentou a Planilha de Programação da Atenção ao DM2 na APS, com a revisão dos indicadores que embasam a programação das equipes de saúde das UBS na atenção aos portadores de DM da sua área de abrangência. Além desses, o grupo de revisores sugeriu a futura inclusão de indicadores para a sistematização da aten-

ção. O quadro a seguir apresenta os indicadores, parâmetro e população-alvo definidos pela diretriz.

Quadro 18. Planilha de programação da atenção ao DM2

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AO DM2 NA UBS		
INDICADOR	PARÂMETRO	POPULAÇÃO-ALVO
Cobertura de Inscrições para DM2.	Realizar inscrição de 100% das pessoas com DM2 SUS dependentes residentes na área de abrangência da UBS.	11% da população acima de 40 anos residentes na área de abrangência da UBS*.
Concentração de consultas médicas/enfermagem e atendimentos de enfermagem para pessoas com DM2 de acordo com o estrato de risco.	Realizar consultas médicas/enfermagem e atendimentos de enfermagem de acordo com o risco, conforme preconizado na diretriz.	Pessoas inscritas no Programa de DM2.
Concentração de exames laboratoriais realizados para pessoas com DM2.	Realizar exames laboratoriais para 100% das pessoas com DM inscritas no programa, conforme preconizado na diretriz: - Parcial de urina (1/ano), - Relação albumina/creatinina (1/ano), - Hemoglobina glicada (2/ano).	Pessoas com DM2 inscritas no Programa.
Concentração de atividades coletivas educativas para pessoas com DM2 inscritas no programa	Realizar no mínimo 2 atividades/ano educativas coletivas para pessoas com DM2 residentes na área de abrangência da UBS	Pessoas com DM2 inscritas no Programa
Concentração de consultas oftalmológicas para pessoas com DM2 inscritas no programa	Encaminhar 100% das pessoas com DM2 para avaliação oftalmológica anual	Pessoas com DM2 inscritas no Programa
Primeira consulta programática odontológica	Realizar uma consulta programática/ano para pessoas com DM2	Pessoas com DM2 inscritas no Programa
Percentual de portadores de DM2 rastreados para depressão.	Realizar rastreamento anual com PHQ 2 em 100% dos portadores de DM2 que não estão atualmente em tratamento para depressão.	Pessoas com DM2 inscritas no Programa e que não estejam em tratamento atual para depressão.

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AO DM2 NA UBS		
INDICADOR	PARÂMETRO	POPULAÇÃO-ALVO
Percentual de portadores de DM2 fumantes encaminhados para abordagem intensiva para cessação do tabagismo.	Encaminhar para a abordagem intensiva para cessação do tabagismo os fumantes que na abordagem mínima responderam que desejam parar de fumar.	Pessoas com DM2 inscritas no Programa, fumantes e com desejo de parar.
Percentual de portadores de DM2 com obesidade encaminhados para o Grupo de Reeducação Alimentar.	Encaminhar os portadores de DM2 com obesidade e que ainda não participam dos grupos, 1 vez ao ano aos grupos de reeducação alimentar.	Pessoas com DM2 e IMC ≥ 30 kg/m ² se 20 a 59 anos ou ≥ 27 kg/m ² se 60 anos e mais.
Percentual de portadores de DM2 com hemoglobina glicada na meta.	Alcançar a meta de hemoglobina glicada (< 7%) para 60% ou mais dos portadores de DM2.	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com LDL-colesterol na meta.	Alcançar a meta lipídica (< 100 mg/dL) para 60% ou mais dos portadores de DM2.	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com PA na meta.	Alcançar a meta de PA para 60% ou mais dos portadores de DM2 (130x80 mmHg)	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com excesso de peso que obtiveram 10% de redução de peso no ano	Aumento percentual	Pessoas com DM2 inscritas no programa e com excesso de peso
Percentual de portadores de DM2 que praticam atividade física regularmente	Aumento percentual	Pessoas com DM2 inscritas no programa

* Estimativa IBGE⁽¹⁰⁶⁾

Fonte: Extraído da Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS, 2010.

4.3 Revisão da Diretriz Clínica da Depressão

Gustavo P Adam
Cristiane Venetikides

Caracterizada a depressão como condição crônica passível de ser tratada e manejada em ambientes comunitários, a equipe do LIACC considerou necessário desenvolver um trabalho voltado a diagnóstico, manejo e tratamento da condição na APS.

O diagnóstico precoce e o tratamento da depressão são cruciais, visto que, quanto mais tempo uma depressão evoluir sem tratamento, pior será o seu prognóstico, além de que a depressão parece piorar o manejo de outras condições crônicas. Pessoas com depressão são comumente encontradas na APS, mas frequentemente subdiagnosticadas. Isso se torna ainda mais frequente em algumas situações, como quando a pessoa apresenta comorbidades clínicas, em apresentações somáticas do quadro, em idosos e em adolescentes, populações que já apresentam algumas vulnerabilidades específicas. Consequentemente, é essencial reconhecer os indivíduos de maior risco para depressão e usar ferramentas para triagem e escalas diagnósticas pode contribuir para a detecção da condição nesse nível de atenção.

A primeira aproximação específica do novo modelo de abordagem da depressão para a APS ocorreu na UBS Alvorada – escolhida como piloto para a implantação do LIACC em Curitiba – e propôs a aplicação de um instrumento padronizado de triagem da depressão. Essa estratégia pretendia introduzir gradualmente a discussão da depressão com as equipes locais, evitando sobrecarregar a UBS. Essa preocupação derivou do número de tecnologias novas introduzidas com o Laboratório, já que as abordagens em comum com a hipertensão e a diabetes, como o cuidado compartilhado e o autocuidado apoiado, bem como a capacitação e sensibilização em tecnologias menos prescritivas de abordagem do usuário, já estavam sendo trabalhadas. A escolha de uma abordagem gradativa, iniciando-se com o manejo das condições com que as equipes de APS tinham maior familiaridade, ou seja, diabetes e hipertensão, visou diminuir a possibilidade de resistência dos profissionais das UBS ao MACC.

Assim, em novembro de 2011, foi introduzida a triagem da depressão pela escala PHQ (*Patient Health Questionnaire*). Esse instrumento, desenvolvido por Kroneke, Spitzer e Williams⁽¹¹¹⁾, tem como objetivo apoiar o diagnóstico, monitoramento e avaliação da severidade e risco a depressão. O PHQ-2, composto por duas questões, permite observar a frequência de humor deprimido e anedonia (incapacidade de sentir prazer) nas duas semanas anteriores. Seu objetivo não é diagnosticar depressão, mas identificar seus primeiros sinais. Pessoas identificadas positivamente por meio do PHQ-2 podem ser avaliadas pelo PHQ-9 para avaliar a existência de critérios para o transtorno. O PHQ-9 incorpora critérios de diagnóstico da depressão em um instrumento autoaplicável. Seu escore representa como leve, moderada, moderadamente severa e severa o risco relativo da depressão e pode dar suporte ao diagnóstico final feito pelo profissional médico. O PHQ-2 e PHQ-9 são apresentados a seguir.

Quadro 19. Patient Health Questionnaire – PHQ

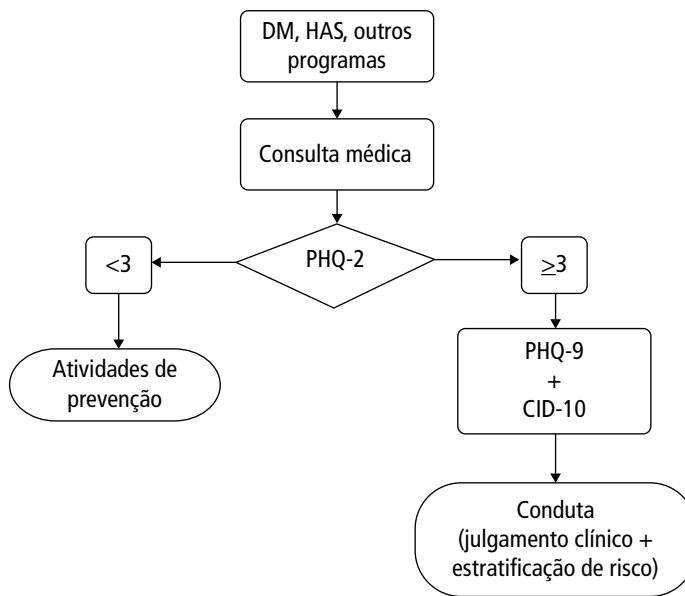
QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE – 2 (PHQ-2)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P				
QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE – 9 (PHQ-9)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE – 9 (PHQ-9)				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPI0905.PHQ9P

A introdução do uso do PHQ como estratégia inicial de qualificar a atenção à depressão foi proposta conforme o seguinte fluxograma:

Figura 19. Fluxograma de utilização do PHQ



Apesar da preconização teórica de se efetuar a triagem da depressão em toda a população, a equipe do LIACC não considerou prudente levar, de imediato, essa sugestão para as equipes das UBS. O eventual surgimento, ainda que apenas preconcebido pela equipe de área, de uma demanda reprimida poderia pressagiar resistências à implantação de todo o MACC. O que foi proposto em um primeiro momento, então, considerando a alta taxa de comorbidade entre a depressão e outras condições já em atendimento na UBS, foi iniciar a aplicação do PHQ nos atendimentos programados. Aplicado inicialmente o instrumento PHQ-2, resultados positivos (≥ 3) indicariam a necessidade de aplicação do PHQ-9 e avaliação médica para confirmação diagnóstica, estratificação de risco e definição da conduta de tratamento mais adequada.

Em relação à estratificação de risco, a equipe do LIACC não localizou evidências para estabelecer cada ponto dos estratos. A partir da literatura, todavia, pode-se embasar uma proposta de estratificação de acordo com o escore do instrumento PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)⁽¹¹¹⁾, conforme apresentado no Quadro 20.

Quadro 20. Estratificação de risco da depressão

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA DEPRESSÃO	
PONTUAÇÃO PHQ-9	SEVERIDADE/RISCO DA DEPRESSÃO
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
> 20	Severa

Fonte: Adaptado de KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2001.

A organização da atenção à depressão

A organização da atenção às condições crônicas baseia-se no perfil epidemiológico da condição, no papel da equipe multiprofissional (NAAPS e UBS) e na estratificação de risco. Em relação à depressão, por exemplo, é possível estimar o percentual da população da área de abrangência da UBS em risco de desenvolver o transtorno em seus diferentes níveis de complexidade (a complexidade abrange a severidade da condição e outros fatores, como impacto no

funcionamento e potencialidades e dificuldades do indivíduo e de sua rede). A partir dessa estimativa, a equipe de saúde pode programar o perfil da atenção necessária, conforme descrito a seguir.

Quadro 21. Organização da atenção à depressão

DEPRESSÃO: COMPLEXIDADE, IMPACTO E DEMANDA		
COMPLEXIDADE DA CONDIÇÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA (%)	PERFIL DA ATENÇÃO
Muito alta e alta	0,5 – 5	Gestão de caso
Moderada	6 – 20	Gestão da Condição de Saúde
Baixa	21 – 100	Autocuidado Apoiado e Prevenção primária

Fonte: Adaptado de MENDES, 2012

A estratificação de risco de uma determinada condição também orienta a concentração de consultas e atendimentos individuais e coletivos na UBS. Os estratos de risco alto e muito alto exigem maior concentração de consultas médicas e de enfermagem, assim como de atenção especializada. Já os estratos de risco médio e baixo necessitam de maior concentração de atividades de apoio ao autocuidado. Com o LIACC, a concentração de cuidado profissional “face a face” e de atividades de cuidado compartilhado é norteadas pelo estrato de risco. Pessoas com estrato de risco baixo e médio têm menor concentração de consultas individuais em relação àsquelas de risco alto e muito alto.

No manejo da depressão, mais especificamente em relação à medicação e outras tecnologias de tratamento, a indicação vai depender do estrato de risco de cada quadro, bem como da avaliação da equipe profissional e do próprio usuário. As medidas preconizadas compreendem, dentre outras, psicoterapia e farmacoterapia. Para estratos de menor risco, a evidência de eficácia dessas terapêuticas é semelhante, então a escolha vai depender, dentre outros fatores, da preferência do usuário, da resposta prévia e da resposta prévia familiar. Quando o risco é maior, ou quando a resposta é insuficiente, contudo, muitas vezes se faz necessário a combinação de ambas as medidas (Quadro 22).

Quadro 22. Organização da atenção à depressão de acordo com o estrato de risco

RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PARA PESSOAS COM DEPRESSÃO DE ACORDO COM O ESTRATO DE RISCO		
ESTRATO DE RISCO	RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO	INTERVALO DE ACOMPANHAMENTO
MODERADA (PHQ 10 – 14)	Educação, farmacoterapia OU psicoterapia.	Acompanhamento inicialmente semanal*. Se o usuário estiver respondendo, os contatos podem se tornar mensais.
MODERADAMENTE SEVERA (PHQ 15 – 19)	Educação, farmacoterapia E/OU psicoterapia.	Acompanhamento inicialmente semanal*. Se o usuário estiver respondendo, os contatos podem ocorrer a cada 2-4 semanas.
SEVERA (PHQ > 20)	Educação, farmacoterapia E psicoterapia.	Acompanhamento inicialmente semanal*, até a obtenção de uma resposta terapêutica significativa. Encaminhamento para especialista pode ser justificado pelo clínico da US.

* Pessoalmente ou por telefone; para engajar no tratamento, verificar se o plano está sendo seguido, lidar com efeitos colaterais e checar se eventuais encaminhamentos foram efetivados.

O LIACC disponibilizou à UBS piloto e às UBS de intervenção essas tecnologias de saúde, bem como sensibilização e capacitação quanto a essa condição de saúde mental, aplicação de técnicas motivacionais e não-prescritivas de modificação de comportamento, Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado. Alguns trabalhos mais específicos relativos à depressão ainda precisam ser mais bem desenvolvidos, como cuidado por passos, estratificação de complexidade/risco e condutas para cada estrato, monitoramento e gerenciamento de caso, a questão do suicídio, capacitações técnicas em diagnóstico e tratamento, e particularidades em populações específicas. De qualquer maneira, com o trabalho desenvolvido, assim como ocorreu em relação à UBS piloto, as equipes em área têm referido sentirem-se surpresas com a identificação do diagnóstico de depressão em usuários dos outros programas. Os profissionais de área também parecem estar mais familiarizados com a proposta de que a atenção ao transtorno ocorra na APS e percebe-se um movimento de redução das resistências pessoais a esse trabalho.

O trabalho do LIACC traz para a área uma série de modificações, dentre elas, necessidade de mudanças de comportamentos, tanto de equipe, quanto de pessoas usuárias. Ainda que o trabalho da atenção à depressão na área seja incipiente, parece ter se constituído em um catalisador de transformações de comportamento maior do que o das condições cardiovasculares. Especula-se que isso se explique porque trabalhar depressão na APS é mais novo e traz mais estranhamento do que abordar condições mais rotineiras, como diabetes ou hipertensão. Isso gera mais angústias, o que, por sua vez, mobiliza mais energia em relação à mudança de comportamento, quer seja na forma de empolgação e pró-atividade, ou como resistência. Porém, como nos ensina a tecnologia motivacional, resistências também são um bom material para se trabalhar em direção a uma mudança de comportamento.

4.4 Estratificação de Risco

Ana Maria Cavalcanti

Gustavo Pradi Adam

O modelo de risco proposto pela operadora de Saúde americana Kaiser Permanente tem sido adotado por vários países e mostrado bons resultados. Um exemplo é o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (National Health Service – NHS). O modelo de cuidado às condições crônicas proposto pelo Departamento de Saúde britânico⁽¹¹²⁾ também se baseou no CCM, e foi adaptado aos princípios e valores do NHS. Assim como na Kaiser Permanente, a recomendação do DH é que todos os portadores de condições crônicas sejam identificados na comunidade e estratificados em três níveis de complexidade. Dessa maneira, é possível oferecer o tipo de cuidado necessário e mais adequado, conforme o nível em que a pessoa se encontra. Nesse modelo, a grande maioria (70 a 80%) encontra-se nos estratos de menor risco, ou seja, no nível 1⁽¹¹³⁾.

Na SMS Curitiba, a atenção às condições crônicas baseada em estratos de risco é uma prática rotineira. Os primeiros instrumentos de normalização da HAS e DM2, assim como o Protocolo do Programa Mãe Curitibana⁽¹¹⁴⁾ já preconizavam a estratificação de risco para a orientação das condutas clínicas, da programação local e dos encaminhamentos para a atenção secundária e terciária. Para a depressão, essa ainda é uma variável a ser implantada na APS.

No LIACC, a estratificação ocupa um papel central, uma vez que define a concentração de atividades de autocuidado apoiado e de cuidado profissional. Nos estratos de menor risco, determinados pela condição clínica, pelo apoio social e pela capacidade de autocuidado, a concentração de atividades de autocuidado apoiado é maior, e de cuidado profissional menor. Na medida em que os portadores de condições crônicas são considerados de maior risco, a concentração de cuidado profissional aumenta.

De acordo com esses critérios, os grupos programáticos responsáveis pela revisão/construção das diretrizes clínicas elaboraram propostas de estratificação.

Hipertensão Arterial Sistêmica

A estratificação de risco para as pessoas inscritas no Programa de Atenção à Pessoa com HAS baseava-se nas V Diretrizes Brasileiras de HAS⁽¹¹⁵⁾, que consideravam o nível de pressão arterial (normal, limítrofe, HAS estágio 1, 2 e 3) e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo (LOA) e doença cardiovascular. Na construção da versão 2012 da diretriz, o grupo modificou essa estratificação, baseando-se nos seguintes critérios:

- 1) Escore de *Framingham* para DCV global
 - Esse escore estima o risco de pessoas entre 30 a 74 anos e sem DCV prévia de desenvolverem eventos CV nos próximos 10 anos devido à presença de diferentes fatores preditores de risco (sexo, idade, DM, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, níveis de colesterol total e HDL colesterol). O risco é classificado em baixo (< 10%), médio (de 10 a 20%) e alto (> 20%). Na Diretriz de HAS, o grupo optou por extrapolar o risco para as faixas etárias de 20 a 30 anos e para 75 anos e mais.

- 2) Presença de LOA
 - Caracterizada por hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3 ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

- 3) Presença de condições clínicas associadas
 - Doença cerebrovascular – acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório.
 - DCV – angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca.
 - Doença Arterial Periférica.
 - Retinopatia avançada – papiledema, hemorragias e exsudatos.
 - Doença renal – estágio de função renal 4 ou 5.

4) Presença de Diabetes melito

- Se a pessoa for portadora de DM, a estratificação dessa condição é que determina o manejo e a organização da atenção.

Dessa maneira, a nova estratificação considerou:

- Risco baixo – pessoas com HAS e escore de *Framingham* < 10% mas sem LOA identificadas e ausência de condições clínicas associadas.
- Risco médio – pessoas com HAS e escore de *Framingham* entre 10% e 20% mas sem LOA identificadas e ausência de condições clínicas associadas.
- Risco alto – pessoas com HAS e escore de *Framingham* > 20%, com ou sem LOA e ausência de condições clínicas associadas.
- Risco muito alto – pessoas com HAS e condições clínicas associadas, independente do escore de *Framingham* e da presença de LOA.
- Gestão de caso – pessoas com HAS e a presença de:
 - Risco social – idoso dependente em Instituição de Longa Permanência ou pessoa com ausência de rede de apoio familiar ou social e baixo grau de autonomia e/ou incapacidade de autocuidado e/ou dependência;
 - Hipertensão resistente;
 - Múltiplas crises hipertensivas nos últimos 12 meses;
 - Síndrome arterial agudo há menos de 12 meses (Acidente Vascular Encefálico, Ataque Isquêmico Transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com intervenção cirúrgica);
 - Doença renal estágio 4 e 5;
 - Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras).

Diabete melito tipo 2

A estratificação de risco para a atenção às pessoas com DM2 da SMS Curitiba, até o lançamento da nova diretriz em 2010, baseava-se no uso ou não de insulina. As pessoas (não gestantes) com DM que faziam uso de insulina eram classificadas como de maior risco e contavam com uma maior concentração de cuidado profissional na programação da APS. Já no Programa Mãe Curitibana,

as gestantes com diagnóstico de diabetes também eram classificadas como de risco e encaminhadas para a realização do pré-natal de alto risco.

Com a Diretriz de Atenção à Pessoa com DM2 versão 2010, os critérios utilizados para a estratificação foram modificados, baseados nas seguintes considerações:

- 1) O critério de uso ou não de insulina para a estratificação era inadequado pois dependia da decisão de quem prescrevia. Se o médico não prescrevesse insulina independente do controle metabólico, uma pessoa com alto risco de complicações poderia permanecer no estrato de menor risco, pela classificação anterior. Em contrapartida, aqueles em uso de insulina e controle glicêmico adequado não se beneficiariam ou necessitariam de maior concentração de cuidado profissional.
- 2) A utilização de critérios de risco cardiovascular (RCV), como preconizado em alguns consensos nacionais e internacionais, estratificaria todas as pessoas com DM como de alto risco, independente da necessidade e do benefício das mesmas em participar de um maior número de consultas e atendimentos na APS.
- 3) Os estágios pré-clínicos de DM não eram considerados para a estratificação. Pessoas com essa condição, portanto, não teriam consultas programadas para reavaliação. Esse grupo teria benefício com atividades de apoio ao autocuidado e com o seguimento anual da condição de saúde.
- 4) Havia evidência suficiente na literatura sobre a importância dos controles metabólico e pressórico uma vez que esses eram preditores de risco cardiovascular (RCV) e complicações macroangiopáticas. Garantir maior concentração de cuidado profissional para as pessoas que estivessem fora dessas metas possibilitaria maior monitoramento e, conseqüentemente, rapidez na adequação terapêutica.
- 5) As complicações crônicas (micro e macroangiopatia) já diagnosticadas refletiam maior gravidade da doença e maior necessidade de acompanhamento.
- 6) Internamentos por complicações agudas (crises hipo ou hiperglicêmicas) geralmente ocorrem por dificuldades no manejo do DM ou por eventos agudos (infecção, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, entre outros). O cuidado profissional maior, nesses casos, favoreceria adequações terapêuticas, medidas de reconhecimento e prevenção de complicações.

- 7) Condições clínicas muito complexas decorrentes ou não do DM onde a capacidade de autocuidado estivesse muito comprometida e não houvesse rede de apoio familiar ou social necessitariam de gestão de caso.

O grupo responsável pela revisão da diretriz entendia, portanto, que o que determinava o risco era o alcance de metas do cuidado, a presença de complicações agudas e crônicas e a capacidade de autocuidado. Dessa maneira, a nova estratificação considerou:

- Risco baixo – pessoas com hiperglicemia de jejum e intolerância à sobrecarga de glicose.
- Risco médio – pessoas com DM e controle adequado (metabólico e pressórico), sem complicações crônicas e sem antecedentes de internamento por hipo ou hiperglicemia nos últimos 12 meses.
- Risco alto – pessoas com DM e controle inadequado (metabólico e/ou pressórico), ou complicações crônicas, ou antecedentes de internamento por hipo ou hiperglicemia nos últimos 12 meses.
- Risco muito alto – pessoas com DM e controle inadequado (metabólico e/ou pressórico) associado a complicações crônicas e/ou antecedentes de internamento por hipo ou hiperglicemia nos últimos 12 meses.
- Gestão de caso – pessoas com DM e a presença de:
 - Controle metabólico e pressórico inadequado mesmo com boa adesão ao plano de cuidado (diabete de difícil controle);
 - Múltiplas internações por complicações agudas nos últimos 12 meses;
 - Síndrome arterial agudo há menos de 12 meses (Acidente Vascular Encefálico, Ataque Isquêmico Transitório, infarto agudo do miocárdio, angina instável, doença arterial periférica com intervenção cirúrgica);
 - Complicações crônicas severas – doença renal estágio 4 e 5, artropatia de Charcot, cegueira, múltiplas amputações, pés com nova ulceração, necrose, infecção e edema;
 - Comorbidades severas (câncer, doença neurológica degenerativa, doenças metabólicas entre outras);
 - Risco social – idoso dependente em Instituição de Longa Permanência ou pessoa com ausência de rede de apoio familiar ou social e baixo grau de autonomia e/ou incapacidade de autocuidado e/ou dependência.

Depressão

O grupo programático responsável pela construção da diretriz de atenção aos portadores de Transtornos Depressivos não localizou evidências que estabelecessem cada ponto da estratificação de risco dessa condição. Baseado na literatura disponível, no entanto, o grupo desenhou uma proposta de estratificação baseada no escore do PHQ (*Patient Health Questionnaire*). Esse instrumento, desenvolvido por Kroenke, Spitzer e Williams⁽¹¹¹⁾, é utilizado para a triagem, uma vez que permite caracterizar desordem depressiva e, portanto, risco de depressão. Além disso, no acompanhamento das pessoas com diagnóstico de depressão, o PHQ possibilita avaliar a severidade do quadro e a evolução da sintomatologia, para adequação do plano de cuidado. Outros fatores, como baixa capacidade de autocuidado e ideação suicida, também são considerados uma vez que determinam severidade e podem estar presentes mesmo em pessoas com escores baixos no PHQ-9. O quadro a seguir apresenta a classificação de risco proposta com base nos resultados do PHQ.

Quadro 23. Estratificação de risco da Depressão

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA DEPRESSÃO	
Pontuação PHQ-9	Severidade/risco da depressão
5 – 9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
> 20	Severa

A partir dessa estratificação, a equipe de saúde pode pactuar o plano de cuidado e organizar a concentração de atividades da APS. Para os estratos de menor risco, a espera vigilante aliada à educação em saúde, o apoio ao autocuidado e o aconselhamento suportivo são as estratégias recomendadas. Na medida em que a severidade aumenta, opções terapêuticas como psicoterapia associada ou não à farmacoterapia são indicadas e exigem maior concentração de cuidado profissional.



Foto 23. Controle da pressão arterial de usuária da UBS Barigui (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS-PMC).

4.5 Tecnologias de Mudanças de Comportamento

Ana Maria Cavalcanti

Camila A. G. Santos Franco

Gustavo Pradi Adam

Liliane Barbosa Correa

As tecnologias de mudança de comportamento embasam as intervenções da equipe de saúde relativas ao estilo de vida e aos comportamentos dos usuários e comunidades. Aplicam-se tanto nas ações de prevenção, cujo enfoque é a adoção de comportamentos saudáveis em substituição aos de risco, como nas ações de apoio ao autocuidado e de educação em saúde⁽¹³⁾.

Os portadores de condições crônicas são quem, de fato, gerenciam o seu próprio cuidado ao tomarem as decisões cotidianas sobre alimentação, atividade física, medicação, etc. Por isso, no Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model*)⁽¹¹⁶⁾, a excelência do cuidado é alcançada quando uma equipe de saúde proativa e preparada interage, de forma produtiva, com usuários ativos e bem informados. Estabelece-se, portanto, uma parceria cujo foco é o desenvolvimento da autoeficácia.

Uma autoeficácia elevada influencia diretamente as escolhas diárias, uma vez que se relaciona a graus maiores de perseverança e motivação para a superação de obstáculos. Na medida em que enfrenta e soluciona os problemas, o usuário aumenta a confiança em alcançar suas metas e, conseqüentemente, enfrenta melhor os novos problemas. Assim, o fortalecimento do autoconceito de valor, adequação e competência retroalimenta as escolhas frente aos objetivos de vida.

Na APS, algumas abordagens para auxiliar o processo de mudança de comportamento descritas no manual elaborado pela SMS Curitiba sobre Autocuidado Apoiado (manual do profissional de Saúde)⁽¹¹⁷⁾ são: o Modelo Transteórico de Prochaska e Di-Clemente⁽¹¹⁸⁾, a Entrevista Motivacional, a técnica de Resolução de Problemas, a Prevenção de Recaídas e os Grupos Operativos.

Modelo Transteórico de Motivação para a Mudança

Prochaska e Di-Clemente⁽¹¹⁸⁾ desenvolveram um modelo transteórico que descreve os diferentes estágios de motivação e prontidão para a mudança de um comportamento (Quadro 24). Os autores reforçaram o conceito de que esse processo é dinâmico e sofre interferências do contexto local e temporal. A motivação para realizar uma mudança, portanto, é interna e pessoal, mas pode ser influenciada por fatores externos, como, por exemplo, a abordagem da equipe de saúde⁽¹¹⁹⁾.

Quadro 24. Estratégias da equipe de saúde de acordo com o estágio de motivação para a mudança

ESTRATÉGIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DE ACORDO COM O ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA	
ESTÁGIO	ESTRATÉGIAS
Pré-contemplação	Informar; levantar dúvidas; aumentar a percepção sobre riscos e consequências do comportamento atual; evidenciar a discrepância entre os objetivos de vida e o comportamento alvo; dar feedback.
Contemplação	Explorar a ambivalência; evocar os motivos para mudar ou não; avaliar riscos e benefícios; apoiar; fortalecer a autoeficácia para a mudança.
Preparação	Auxiliar na construção de um plano de mudança – questionar quando, como e onde, organização necessária, data de início, metas e prazos, quais os obstáculos, quem ou o que ajudará.
Ação	Acompanhar colaborativamente o processo de mudança; monitorar os resultados alcançados; analisar deslizes, recaídas, obstáculos; evocar, da pessoa, como resolver os problemas e prevenir situações de risco.
Manutenção	Evidenciar os benefícios do novo comportamento; fortalecer o que está sendo efetivo; reconhecer as situações de risco e as estratégias de enfrentamento; prevenir deslizes e recaídas.
Deslizes e Recaídas	Auxiliar a pessoa a estabelecer o fim do deslize/recaída e renovar o compromisso com a mudança. Avaliar de forma objetiva o fato e evocar o aprendizado para prevenir e/ou lidar com futuras situações.

Fonte: Adaptado de KNAPP, 2004.

Uma intervenção voltada à mudança de comportamento apresenta maior efetividade quando se considera o estágio motivacional em que a pessoa se encontra. Por isso é fundamental que o profissional de saúde reconheça o estágio e opte pelas estratégias de ação mais adequadas, favorecendo o trânsito de um

estágio para outro. Em estágios de pré-contemplação e contemplação, por exemplo, abordagens motivacionais e grupos operativos são as mais indicadas. Para os usuários que estão no planejamento e na ação, é preciso apoio à construção de planos de ação, monitoramento e resolução de problemas. Na manutenção, é importante apoiar a sustentação das mudanças já efetivadas, além de desenvolver a habilidade em lidar com situações de risco para deslizamentos e recaídas.

Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) consiste num “estilo clínico habilidoso para evocar dos pacientes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde”⁽¹²⁰⁾. É uma intervenção terapêutica que se caracteriza pelo aconselhamento diretivo, centrado na pessoa, com objetivo de estimular a adoção de um estilo de vida saudável, ajudando-a a explorar e resolver sua ambivalência.

A EM conceitua a motivação como a probabilidade de comportamentos saudáveis ocorrerem a partir do grau de compromisso em relação à adesão e sustentação de um plano terapêutico. Por isso, essa intervenção baseia-se na negociação e não no conflito, envolvendo orientação mais que direção, acompanhamento mais que confronto. Seu caráter é colaborativo, evocativo e de respeito pela autonomia da pessoa⁽¹²¹⁾ (Quadro 25).

Quadro 25. Fundamentos da entrevista motivacional

FUNDAMENTOS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Caráter colaborativo	Equipe de saúde e usuários são parceiros que cooperam e colaboram para a construção do processo de mudança. As interações devem favorecer a tomada de decisão dos usuários para a adoção de comportamentos saudáveis.
Caráter evocativo	No processo interativo procura-se evocar os valores, os desejos, o conhecimento e as habilidades dos usuários, acumulados ao longo das suas histórias, e estabelecer uma conexão entre eles e o que é preciso mudar.
Respeito à autonomia das pessoas	A equipe de saúde precisa aceitar a liberdade de escolha dos usuários frente à tomada de decisão. O que torna a mudança possível é justamente o respeito à autonomia dos mesmos quanto aos comportamentos que querem ou não adotar nesse momento.

Fonte: adaptado de MILLER e ROLLINICK, 2001.

A EM surge para instrumentalizar tecnicamente o profissional para estimular, na pessoa, a consideração sobre um processo de mudança e diminuir a probabilidade de retorno a um padrão anterior de comportamento. Seu objetivo principal é ajudar as pessoas a moverem-se ao longo de um contínuo em direção à tomada de decisões. Para isso, algumas metas precisam ser alcançadas no processo (Quadro 26).

Quadro 26. Metas da entrevista motivacional

METAS DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	
Trabalhar a ambivalência	A ambivalência é natural no processo de mudança de comportamento e expressa conflitos, basicamente, entre quatro aspectos: desejo, capacidade, razões e necessidades. Pode ser usada a favor do comprometimento efetivo com a mudança.
Trabalhar a responsabilização	A pessoa é quem decide se quer ou não mudar e o que fazer para isso, assumindo a responsabilidade do processo, com o apoio do profissional de saúde.
Prevenir recaídas	A recaída faz parte do processo de mudança e pode ser usada a favor do mesmo, quando compreendida como oportunidade de aprendizado e fortalecimento da decisão de mudar.
Fortalecer o compromisso com a mudança	A equipe de saúde deve criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança, onde a meta final é aumentar a motivação intrínseca da pessoa e o seu compromisso com o processo.

Fonte: adaptado de MILLER e ROLLINICK, 2001.

Os princípios da EM são:

- Expressar empatia

É importante que a equipe de saúde seja solidária com o processo de mudança, estabeleça uma escuta reflexiva, aceite a ambivalência frente à mudança como algo normal e evite críticas ou juízos de valor.

- Desenvolver discrepância

Dialogar com o intuito de promover a reflexão sobre as consequências do comportamento atual auxilia o usuário a perceber a discrepância entre o mesmo e os seus objetivos pessoais.

- Evitar argumentação

A argumentação gera resistência, reforçando as atitudes defensivas de não mudar. É importante compreender o processo de mudança e aceitar que a ambivalência é natural, evitando o confronto.

- Acompanhar a resistência

Pode-se utilizar a resistência em benefício da própria pessoa uma vez que suas percepções e seus posicionamentos podem mudar, ao se oferecer e evocar novas perspectivas, sem imposições.

- Apoiar a autoeficácia

Acreditar na capacidade de mudar e enfrentar obstáculos é um motivador importante. Por isso, equipe de saúde e usuários precisam compreender o processo de mudança e confiar na possibilidade de realizá-lo, por meio de inúmeras abordagens alternativas disponíveis.

Resolução de Problemas

Técnicas de resolução de problemas são utilizadas para desenvolver a habilidade das pessoas em superar as situações que interferem no alcance dos seus objetivos⁽¹¹⁹⁾. Para isso, sistematizam em etapas (Quadro 27) a construção e implementação de soluções. Em relação às condições crônicas, inúmeras ações podem ser incorporadas ao cotidiano dos usuários na medida em que os planos de cuidado são elaborados. Essas ações exigem adaptações das rotinas não só pessoais como familiares, sociais, profissionais, etc. Situações do dia a dia podem dificultar a execução dos planos e o apoio à solução desses problemas faz parte do papel desempenhado pelas equipes de saúde.

Quadro 27. Orientações para a resolução de problemas

ORIENTAÇÕES PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

- Pare e reflita sobre a situação, identifique e liste os problemas.
- Eleja os mais relevantes e passíveis de enfrentamento.
- Detalhe a situação, seja específico e preciso.
- Descreva as possíveis soluções, avalie suas consequências e eleja a mais viável e efetiva.
- Implemente uma solução por meio de um plano de ação.
- Monitore e avalie os resultados.
- Se não funcionou, escolha e implemente outra solução.
- Solicite auxílio de familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde.
- Reinicie o processo quantas vezes for necessário.

As técnicas de resolução de problemas podem ser aplicadas nas atividades individuais ou coletivas desenvolvidas nas UBS. Quando em grupo, ampliam o repertório de possíveis soluções, uma vez que as experiências dos integrantes

são compartilhadas. Exercitar essa habilidade aumenta a autoeficácia e a capacidade de autocuidado. As pessoas fortalecem seu processo de aprendizagem e reconhecem o que é viável para a sustentação do novo estilo de vida de acordo com a sua realidade. Assim, a probabilidade de escolher soluções mais efetivas para a superação dos limites pessoais e ambientais é maior.

Prevenção de Recaídas

No processo de mudança de qualquer comportamento de longa duração, a probabilidade de ocorrerem deslizes (lapsos) ou recaídas é significativa. Por isso, alguns autores consideram os mesmos como um dos estágios do processo de mudança. Quando a pessoa volta ao comportamento antigo, ela pode ou não retomar o processo de mudança. Por isso, a partir do momento em que se estabelece um plano de ação, é fundamental apoiá-la na prevenção de recaídas. Essa técnica terapêutica pretende gerar estratégias para prevenir ou manejar deslizes e recaídas.⁽¹²²⁾

Os principais objetivos da Prevenção de Recaídas são:

- Proatividade por meio da prevenção de deslizes iniciais.
- Manutenção do foco no processo de mudança e nas metas pactuadas.
- Prevenção da evolução dos deslizes para recaídas completas, ou seja, com o retorno ao comportamento anterior.

Inúmeros fatores internos e externos podem contribuir para um deslize/recaída. Ao mesmo tempo, o fato de deslizar ou recair pode comprometer a autoeficácia tanto da pessoa como da equipe de saúde que apoia o processo. Por isso, o primeiro passo para a prevenção consiste em reconhecer os deslizes/recaídas como parte do processo de mudança e não o seu fim.

Desde o estágio de preparação, equipe de saúde e usuários precisam exercitar a proatividade em relação a eventuais deslizes e recaídas e, para tanto, é necessário:

Reconhecer situações de alto risco

Nas tentativas anteriores de mudança, é possível identificar quais fatores propiciaram deslizes e recaídas. Já no processo vigente, o automonitoramento por meio do registro tanto da intenção como do fato em si (deslize/recaída) permite a caracterização das situações de alto risco. Além dessa identificação, é crucial investigar as consequências dos deslizes/recaídas na pessoa, uma vez que pode ocorrer o efeito de violação da mudança (quebra de contrato).

Elaborar estratégias efetivas de enfrentamento das situações de risco

Para o enfrentamento das situações de alto risco é preciso avaliar sistematicamente o grau de interesse e de confiança do processo; treinar a assertividade, a comunicação e a escuta; aumentar a autoeficácia; fazer controle de estímulo, evitando situações de auto risco inicialmente; e atuar sobre outros fatores do estilo de vida que podem potencializar o processo de mudança.

Grupo Operativo

Conhecer sobre a teoria de Grupos Operativos e operatividade pode ser um recurso que auxilie pessoas que coordenam processos em grupo. Os conceitos e a metodologia são aplicados nas áreas da educação e da saúde, bem como no desenvolvimento de equipes profissionais. Aplicam-se tanto na formação de profissionais de saúde, como na mediação de grupos de pessoas portadoras de condições crônicas, como hipertensão e diabete. O objetivo é de estímulo e desenvolvimento da autonomia e autocuidado, com vistas ao incremento da adesão e corresponsabilidade pelo tratamento.

Grupo Operativo (GO) pode ser conceituado como uma rede de interações entre indivíduos reunidos e comprometidos com a realização de uma determinada tarefa. Essa última é o grande diferencial do GO para as demais teorias que abordam processos de grupo. O GO, portanto, existe e acontece em torno de uma tarefa, podendo essa tarefa ser representada por uma atividade, um objetivo ou meta a cumprir⁽³⁷⁾.

No grupo de portadores de condições crônicas como HAS ou diabete, a tarefa, como objetivo, pode ser prevenir complicações da doença. Para isso, tarefas, como atividade, podem englobar adoção de alimentação saudável, prática regular de atividade física, maior adesão ao uso de medicamentos prescritos, participação das atividades programadas da UBS, entre outras. Os exemplos acima representam tarefas objetivas de um grupo. Concomitante à tarefa objetiva existe a tarefa subjetiva. Essa é representada pelos conflitos intra e interpessoais, discordâncias de ideias, julgamentos, formas de pensar diferenciadas.

O grande objetivo do coordenador ou mediador dos processos de grupo é perceber entraves na realização dessas duas tarefas, fazendo intervenções que possibilitem a reflexão, a tomada de consciência pelo grupo, o que possibilita o caminhar em direção à autonomia e responsabilização. Cada grupo e seus participantes possuem conhecimentos prévios, experiências de vida, formas de pensar, crenças e julgamentos que fazem parte da história construída ao longo da existência. Um verdadeiro esquema de vida, que instrumentaliza pessoas e grupos a interpretar situações cotidianas e agir frente a elas. Respeitar, considerar e dar espaço para ouvir essa sabedoria que todos carregam dentro de si é um dos aspectos importantes a ser considerado, para quem trabalha com grupos. Assim como acreditar que pessoas e grupos podem mudar a forma de pensar, dependendo do contexto e da motivação, num movimento dinâmico. Quando o grupo cria sua forma de pensar coletiva, que surge das contribuições individuais e inter-relações, a comunicação fica facilitada e flui com menos ruídos.

A coordenação operativa de grupos, seguindo a técnica preconizada, exige formação específica e estudo mais aprofundado. Por outro lado, alguns princípios e conceitos expostos a seguir podem ser utilizados por qualquer profissional que conduz trabalhos em grupo, pois possibilitam a criação de um clima de confiança, de empoderamento dos participantes, de respeito mútuo. O quadro a seguir expõe algumas posturas que o coordenador de grupos deve observar ao conduzir grupos⁽¹¹⁷⁾.

Quadro 28. Postura recomendada para o coordenador de grupos

POSTURA RECOMENDADA PARA O COORDENADOR DE GRUPOS

- Ser *co-pensador* – pensar junto com o grupo e nunca pelo grupo.
- Sair do centro – não dar respostas prontas ou querer assumir o papel de detentor do saber. Devolver perguntas e questionamentos para o grupo, evitando reforçar a dependência em relação à coordenação. Instigar a reflexão.
- Reforçar e estimular a manifestação do saber existente no grupo.
- Evitar imposição de ideias e coação dos participantes.
- Estar aberto ao inesperado que surge da produção de um grupo. Muitas vezes o resultado ou mesmo os caminhos escolhidos pelo grupo para chegar ao resultado não atendem à expectativa idealizada ou imaginada pelo coordenador.
- Observar, perceber e respeitar os momentos e movimentos do grupo.
- Intervir de forma operativa quando forem percebidos estancamento da comunicação, paralisações e impasses que dificultem o avanço do grupo para realização da tarefa. Ficar atento, pois o excesso de intervenções pode atrapalhar o caminhar e o ritmo do grupo.

Fonte: adaptado de Curitiba, 2012.

4.6 Cuidado Compartilhado (CUCO)

Ademar Cezar Volpi

Camila Franco

Ana Maria Cavalcanti

Soriane Kieski Martins

O Cuidado Compartilhado (CUCO) é um processo coletivo de atenção a saúde cujos objetivos são empoderar os usuários para seu autocuidado; compartilhar informações sobre as condições crônicas; favorecer e apoiar a adoção de comportamentos saudáveis; monitorar as metas do plano de cuidado e as pactuações do Autocuidado Apoiado; fortalecer as relações entre os usuários e a equipe multiprofissional da APS; além de melhorar os resultados da atenção a saúde.

Consiste numa ferramenta de trabalho voltada à mudança de comportamento da equipe de saúde e dos usuários. Ao compartilhar vivências e soluções de problemas para o alcance das suas metas em um grupo, as pessoas estreitam seus laços de amizade e aprendem umas com as outras.

O trabalho com grupos já é parte do processo de trabalhos de equipes de APS em Curitiba. Atividades coletivas, como os grupos de reeducação alimentar, atividades físicas orientadas por profissionais de educação física, oficinas de gestante, oficinas de postura, FISIOQUALITI, saúde bucal, abordagem intensiva para cessação do tabagismo, entre outros, são estratégias rotineiramente utilizadas pelas equipes, além do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de suas complicações.

Na atenção a HAS e DM2, fazem parte da rotina das UBS, além das consultas e atendimentos individuais com a equipe da APS, o desenvolvimento de ações e atendimentos em grupo. Conhecidas comumente como “dia do programa de hipertensão e diabete”, essas ações variam de uma UBS para outra. Na maioria delas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem fazem anamnese rápida, aferição de indicadores como pressão arterial e peso corporal, solicitação de exames preconizados nas diretrizes clínicas, dispensação de medicamentos prescritos e orientações gerais de saúde. Quando necessário, os usuários são encaminhados para consulta médica individual no mesmo dia. Em alguns momentos, outros

profissionais da UBS ou dos NAAPS participam dessas ações coletivas de educação em saúde, realizando palestras.

O processo pedagógico comumente utilizado pelas equipes de saúde baseia-se em metodologias tradicionais de transmissão do conhecimento. Essas metodologias, no entanto, não têm se mostrado efetivas em incrementar o conhecimento do usuário sobre sua condição de saúde, tampouco em favorecer a adoção de comportamentos saudáveis pelo mesmo. A percepção dos próprios profissionais de saúde é de que orientam repetidamente as mesmas coisas e não observam, nas pessoas, mudanças de comportamento.

Com o desafio de inovar na construção de novas tecnologias de apoio ao cuidado das condições crônicas, a mudança na abordagem proposta para o atendimento em grupo foi assim chamada de “Cuidado Compartilhado” onde “cuidado” enfocava a atenção contínua às condições crônicas, e “compartilhado” caracterizava o processo colaborativo entre usuário, familiares e os diferentes profissionais da APS. O acrônimo CUCO, usado para apelidar essa tecnologia, faz alusão ao relógio que sinaliza periodicamente a passagem do tempo com o som do pássaro. Uma estratégia de cuidado que simbolicamente remete à representação de um sinal de alerta repetitivo e periódico, uma permanente lembrança para o cuidado em saúde.

A sistematização do CUCO

A condução dessa estratégia de atenção requer a organização de alguns aspectos gerais, como a formação do grupo, a organização das reuniões, a preparação da estrutura das reuniões e o acompanhamento de metas.

Formação dos grupos

É recomendável que os grupos sejam formados por 20 a 30 portadores de condições crônicas de uma determinada microárea. A equipe de saúde elabora os convites a serem entregues nas atividades individuais e coletivas da UBS ou nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os convites

informam a data e o local do encontro assim como os profissionais da equipe de saúde que estarão presentes.

Organização das reuniões

A duração aproximada dos encontros é de 90 minutos. Horários mais flexíveis e convenientes para os usuários devem ser considerados. A periodicidade é estabelecida de acordo com o estrato de risco da condição crônica. Assim por exemplo, usuários com HAS e DM com estratificação de risco e classificados como baixo e médio risco podem se reencontrar em meses alternados. Recomenda-se encontros mensais para os usuários de alto e muito alto risco.

Baseada nos indicadores do plano de cuidado de cada participante, a equipe de saúde pode identificar previamente as metas com maiores dificuldades para serem atingidas pelo grupo e focalizar as discussões sobre elas. A planilha a seguir exemplifica a forma de registro das informações que apoiam a condução dos encontros pelas equipes locais.

Figura 20. Planilha de Cuidado Compartilhado

PMC – Secretaria Municipal da Saúde
Planilha de CUIDADO COMPARTILHADO () HAS () DM Grupo:

Nome:							
Estatura:		Idade:			Risco:		
indicador	resultado	Acompanhamento					
		jul	ago	set	out	nov	dez
	data						
PA							
Peso							
IMC							
Circ. abdominal							
Tabagismo (sim/não)							
Ativ física (sim/não)							
Plano de autocuidado (sim/não)							
PHQ							
Estágio função renal							
LDL-col							
Diabete							
HbA1c							
Consulta odontológica (sim/não)							
Risco do pé							
Fundoscopia							
Glic. capilar (anotar se jejum ou não)							
Medicamento	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose	Dose
glibenclamida							
gliclazida							
metformina							
insulina NPH							
Insulina Regular							
atenolol							
anlodipino							
enalapril							
hidroclorotiazida							
sinvastatina							
AAS 100 mg							
Observações							

Preencher a primeira coluna com o último resultado registrado e a data da sua realização
Preencher os campos com os resultados atuais ou com um risco (não repetir resultados anteriores exceto na primeira coluna)

Estrutura das reuniões

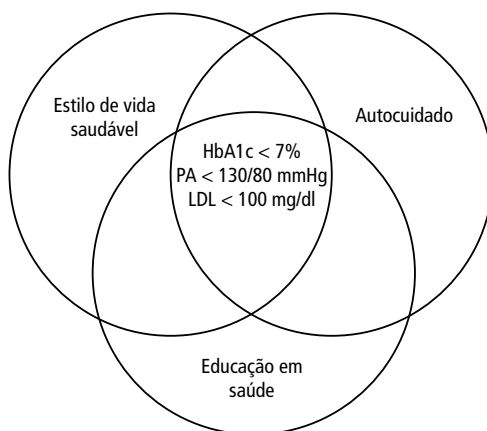
Propõe-se que as reuniões sejam estruturadas em dois momentos:

Momento 1

No início da reunião, são estabelecidas as normas de convivência de forma colaborativa. Algumas normas gerais incluem: encorajar a participação de todos; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar (se não entender o que está sendo discutido); tratar um ao outro com respeito e consideração; ouvir atentamente os outros; tratar com confidencialidade as informações compartilhadas; ser objetivo (manter o foco) para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo previsto e estar presente em todas as sessões planejadas sempre que possível.

Dúvidas e questionamentos são levantados, assim como os temas de interesses do grupo. Dessa forma, é possível estabelecer uma agenda de futuros temas das reuniões. Nessa 1ª fase, o médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde pode fazer comentários sobre as metas da atenção a uma determinada condição, como o diabetes, e abordar aquelas que são mais desafiadoras para a maioria. Se uma grande parte do grupo apresenta níveis séricos de LDL-colesterol e hemoglobina glicada acima do preconizado, por exemplo, fazer questões abertas sobre como alcançá-las auxilia a reconhecer o grau de conhecimento dos usuários (Figura 21).

Figura 21. Exemplo de metas da atenção ao portador de DM2



Fonte: CURITIBA, 2012.

Dessa maneira, é possível explorar o assunto amplamente, fazer as orientações pertinentes e levantar os principais problemas encontrados para o alcance dos resultados. É importante que todos compreendam que alcançar as metas da atenção tem como objetivo reduzir complicações da doença. No entanto, é também importante reconhecer no grupo que o alcance das metas resulta dos comportamentos adotados (hábitos e estilo de vida) e esses dependem dos determinantes sociais e conhecimentos sobre a doença, da motivação para a mudança e do autocuidado.

As pessoas são estimuladas a expor suas potencialidades e dificuldades, trocar experiências entre si e relatar suas percepções em relação ao cuidado de si mesmas. A técnica do círculo de cultura, proposta por Paulo Freire, pode ser utilizada aqui como abordagem para facilitar a participação. Essa técnica baseia-se no diálogo e na discussão de temas para possibilitar a troca de informações e aprendizagem entre as pessoas, levando-as a refletirem sobre suas realidades⁽¹²³⁾. O modo como as pessoas estão sentadas, em círculo, fazendo a palavra “circular” por entre todas, pode facilitar o processo de falar e ouvir atentamente, expor um conhecimento e uma experiência de vida, fazendo parte daquele lugar, tendo algo a dizer para os outros, contribuindo para o conhecimento coletivo e a transformação da realidade⁽¹²⁴⁾.

Aquelas que fizeram pactuações anteriores podem comentar seus resultados. À medida que os problemas são relatados, o grupo é convidado a eleger pelo menos um, de preferência comum à maioria, para exercitar as possibilidades de solução em conjunto.

Uma forma construtiva de encerrar essa etapa é resumir o progresso feito até então, reiterar quaisquer preocupações e intenções de mudar expressas pelas pessoas, enfatizando sua liberdade de escolha e colocando-se à disposição como apoio.

A resolução de problemas

A etapa inicial é a identificação dos problemas seguida da definição dos mesmos, por meio de informações que caracterizem as situações a serem resolvidas com a maior precisão possível. Nessa etapa, problemas muito complexos e vagos precisam ser desdobrados em problemas mais específicos e objetivos. É importante reconhecer o que exatamente representa uma barreira ao processo e estabelecer uma hierarquia, elegendo um alvo manejável para a aplicação da técnica.

A etapa seguinte compreende a elaboração de estratégias de solução. A Técnica de Resolução de Problemas pode ser útil nesse momento. 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 que estejam ao seu alcance. A técnica se propõe a fazer com que o grupo se capacite a:

- 1) Refletir sobre a situação (condição crônica, comportamento que contribui para a melhora/piora do quadro), identificar e listar os problemas.
- 2) Eleger os mais relevantes e passíveis de enfrentamento.
- 3) Detalhar a situação, ser específico e preciso.
- 4) Descrever as possíveis soluções, avaliar suas consequências e eleger a mais viável e efetiva.
- 5) Implementar uma solução por meio de um plano de ação.
- 6) Monitorar e avaliar os resultados.
- 7) Reiniciar o processo quantas vezes necessário.

Assim, num primeiro momento, todas as soluções potenciais devem ser exploradas. O próximo passo consiste na avaliação da viabilidade e efetividade de cada solução. Para isso, as informações sobre os recursos pessoais e sociais precisam ser levantadas e organizadas. Questões como quem poderia ajudar, de que forma, onde, quando, em que momento, o que é preciso, resultados de experiências anteriores, o quanto essa solução depende de si mesmo ou está fora de sua governabilidade, vantagens (prós) e desvantagens (contras), entre outras, compõem o processo. Essa análise favorece a escolha de quais soluções implementar, assim como a elaboração de um plano de ação com tarefas pre-determinadas e a alocação de recursos necessários para a execução do mesmo.

Para o monitoramento das soluções implementadas por meio do plano de ação, é importante a utilização de informações objetivas. Alguns exemplos são a mensuração do grau de esforço, de confiança, de motivação e de efetividade e os percentuais de realização das tarefas escolhidas.

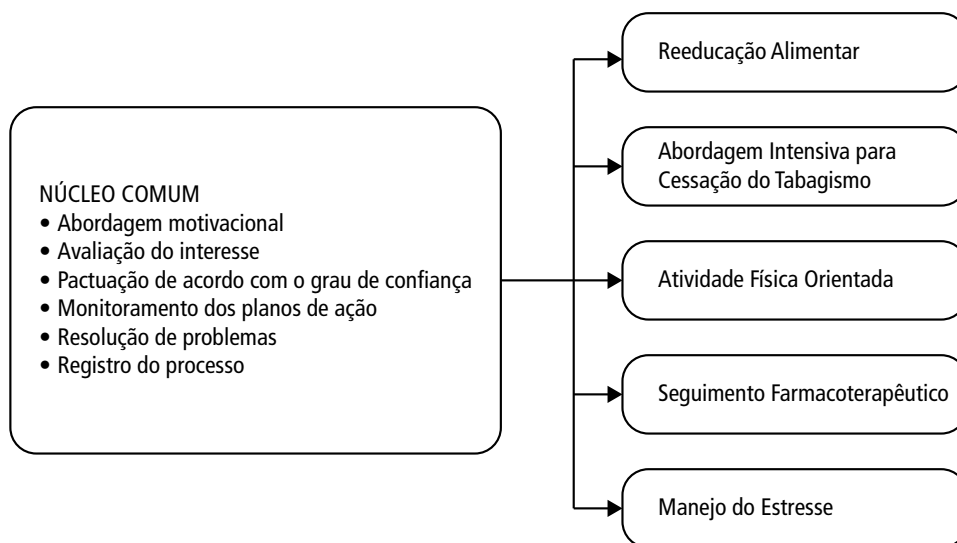
Com essas informações disponíveis, é possível verificar se as soluções são efetivas ou não para o alcance das metas e objetivos propostos. Na avaliação do processo, observa-se o que funcionou ou não e a identificação dos aspectos positivos e negativos, quais empecilhos surgiram, o que se imaginava e o que aconteceu. As soluções adequadas ao propósito devem ser reforçadas e as inadequadas ou de maior dificuldade devem ser revistas e reorganizadas. O processo é reiniciado e novas soluções surgem. À medida que uma tarefa for concluída, outras são eleitas para que a habilidade em resolver problemas desenvolva-se progressivamente com maior espontaneidade e autonomia.

Momento 2

A segunda parte da reunião é reservada para as avaliações, que serão realizadas conforme preconizado nas diretrizes clínicas. Podem ser avaliados pressão arterial, peso, estatura no primeiro encontro, IMC (Índice de Massa Corporal), circunferência abdominal, lesões bucais, pé diabético, PHQ-2 e PHQ-9, insulina e outros. Os dados do monitoramento devem ser anotados nas planilhas específicas (individual e de grupo) e servirão de subsídio para o estabelecimento ou repactuação do plano de autocuidado.

Com o histórico dos usuários (resultado de exames, intercorrências, plano de autocuidado pactuado) em mãos, é possível elaborar ou repactuar o plano de autocuidado de forma colaborativa. As pessoas podem ser encaminhadas para outros grupos de atenção à saúde da UBS (reeducação alimentar, manejo do estresse, abordagem intensiva para cessação do tabagismo, seguimento farmacoterapêutico) e para avaliações ainda não realizadas, como fundoscopia, planejamento familiar, saúde bucal, por exemplo. Quando necessário, é possível prescrever, solicitar exames e encaminhar para outras ações específicas de cada profissional. A Figura a seguir sintetiza esse processo.

Figura 22. Fluxo de atividades e encaminhamentos realizados durante reuniões do CUCO



Metas para controle das condições crônicas no CUCO

O acompanhamento das pessoas com condições crônicas requer parâmetros que confirmem o adequado controle dessas condições. Para isso são empregados indicadores que podem ser utilizados para monitoramento das condições de saúde.

Historicamente, a SMS de Curitiba estabeleceu indicadores de saúde em seus protocolos clínicos desde 1999, com a primeira versão do Protocolo Mãe Curitibana. Esses indicadores foram incorporados pelas equipes de saúde de forma intensificada a partir da instituição do Plano Operativo Anual.

Para a realização do CUCO, foram discutidas as metas que deveriam ser utilizadas como indicadores de monitoramento das condições priorizadas, as quais são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 29. Metas para o acompanhamento no Cuidado Compartilhado para as condições crônicas HAS, DM2 e Depressão

CONDIÇÃO CRÔNICA	METAS
Depressão	PHQ-2 anualmente para todos os usuários com HAS ou DM. No caso de PHQ-2 positivo, realizar o PHQ-9
Diabete	Avaliação do limiar de sensibilidade plantar, HbA1c menor ou igual a 7, LDL menor do que 100, PA \leq 130x80mmHg, não ser fumante.
Hipertensão Arterial Sistêmica	PA dentro dos parâmetros de controle (até 140x90mmHg se baixo risco ou até 130x80mmHg em pessoas com alto ou muito alto risco), LDL \leq 100 mg/dl, circunferência abdominal \leq 80cm para mulheres e \leq 94cm para homens; perder 5 a 10% do peso inicial para usuários com tenha sobrepeso ou obesidade, manter o peso caso esteja com o IMC normal e, se necessário, aumentar o peso no caso esteja dentro dessa faixa ou aumento de peso caso o diagnóstico nutricional seja de magreza (as particularidades de cada indivíduo devem ser levadas em consideração).

A introdução dessas metas sugere que, para o bom controle da HAS, por exemplo, o foco deve estar no risco cardiovascular e nas complicações crônicas que a pessoa apresenta, e não somente no nível pressórico ou glicêmico. Assim sendo, mesmo em pessoas que não atingiram todas as metas, a melhora dos indicadores de saúde, mesmo que parcialmente, diminui o risco cardiovascular. Tais parâmetros auxiliam os profissionais e as pessoas usuárias a definirem metas adequadas aos contextos individuais e coletivos e factíveis de serem atingidas.

4.7 Apoio ao Autocuidado e Autocuidado Apoiado

Ana Maria Cavalcanti
Claudia Schneck de Jesus
Soriane Kieski Martins

Cuidado, segundo o dicionário Michaelis da língua portuguesa, significa atenção; cautela, diligência, desvelo; precaução, vigilância; encargo, responsabilidade. Autocuidado, portanto, consiste na atenção, no desvelo e na responsabilidade que o sujeito tem consigo mesmo. Diz respeito às escolhas diárias que todos fazem e que afetam diretamente o cuidado de si.

No contexto da saúde, AUTOCUIDADO representa todas as atividades desenvolvidas pelas pessoas no intuito de promover a saúde, manter o bem-estar, alcançar seus objetivos e realizar suas aspirações, prevenir doenças e agravos, ou seja, faz parte da vida diária. Já em relação a condições agudas e crônicas, AUTOCUIDADO refere-se à habilidade que as pessoas têm para lidar com as questões trazidas por uma condição como sintomas, tratamentos, consequências biopsicossociais e mudanças no estilo de vida⁽¹²⁵⁾. Compreende, dessa maneira, as ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições de que são portadoras⁽¹²⁾.

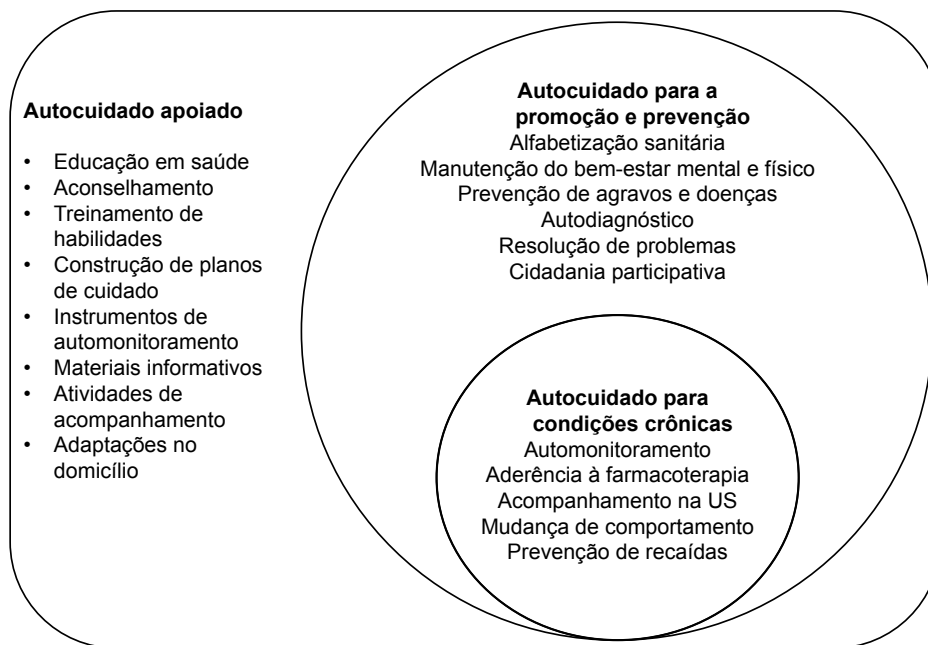
O Autocuidado Apoiado consiste num conjunto estruturado de ações e serviços oferecidos às pessoas e à comunidade com o objetivo de favorecer o melhor gerenciamento das suas condições de saúde. Esse conjunto de opções pode incluir⁽¹²⁶⁾:

- educação em saúde;
- desenvolvimento de habilidades para o autocuidado;
- campanhas e atividades individuais e coletivas para promover a saúde e a adoção de comportamentos saudáveis;
- informação e aconselhamento;
- planos de cuidado;
- atividades de automonitoramento;
- materiais informativos;
- educação dos profissionais de saúde para adoção de novas atitudes e comportamentos;

- treinamento dos profissionais de saúde para apoio ao autocuidado;
- envolvimento de redes sociais e recursos comunitários;
- desenvolvimento de parcerias entre a comunidade e as equipes de saúde.

A figura a seguir mostra as diferentes formas de autocuidado e sua relação com o autocuidado apoiado.

Figura 23. O autocuidado apoiado



Fonte: Adaptado de Brock e Dost, 2005.

As intervenções da equipe de saúde para auxiliar os usuários na qualificação do cuidado de si caracterizam o APOIO AO AUTOCUIDADO. Essas intervenções procuram ampliar a capacidade, a confiança e a eficácia dos usuários no manejo de condições tanto agudas como crônicas. O desempenho dessas ações exige dos profissionais o desenvolvimento de habilidades de aconselhamento, elaboração e monitoramento de planos de cuidado, pactuação de metas, assistência ao processo de mudança, entre outras. Todas essas atividades compõem a estruturação de programas de Autocuidado Apoiado.

O Cuidado e os paradigmas

Pessoas autônomas e independentes fazem escolhas a partir de decisões próprias e não de imposições ou prescrições de outrem. Esse fato tem um impacto significativo na APS, pois o caráter prescritivo do cuidado tradicionalmente prestado não é efetivo na atenção às condições de saúde.

Na perspectiva das condições crônicas, os modelos de atenção propostos orientam que um ótimo cuidado é alcançado por meio de interações produtivas entre uma equipe de saúde preparada e proativa e usuários informados e ativos⁽¹¹⁶⁾. Essa mudança de paradigma nas relações entre profissionais e usuários dos sistemas de saúde se expressa tanto no processo de educação em saúde como no cuidado⁽¹²⁷⁾. O cuidado, portanto, assume um caráter colaborativo e supera a visão tradicional. As principais diferenças entre os dois modelos de cuidado (cuidado tradicional e cuidado colaborativo) estão listadas no quadro a seguir.

Quadro 30. O cuidado tradicional e o cuidado colaborativo

CRITÉRIO	CUIDADO TRADICIONAL	CUIDADO COLABORATIVO
Relação entre equipe de saúde e usuário	O usuário é passivo e a equipe de saúde, detentora do saber, prescreve o que fazer.	A equipe de saúde é quem conhece mais sobre a condição crônica e o usuário conhece mais sobre como viver com ela.
Responsabilidade pelo processo e pelos resultados	A equipe de saúde.	Usuário e equipe de saúde compartilham a responsabilidade.
Metas	Aderência às prescrições. Não aderência é uma deficiência do usuário.	A equipe de saúde fornece informação para que o usuário escolha suas metas. O não alcance das metas é um problema a ser resolvido por meio de adequações de estratégias.
Mudança de comportamento	Motivação externa; imposição.	Motivação interna; conhecimento e capacidade para assumir novos comportamentos.
Identificação e solução de problemas	A equipe de saúde identifica os problemas (comportamentos a serem mudados) e determina como resolvê-los.	O usuário e a equipe de saúde identificam os problemas e constroem estratégias de solução colaborativamente. O processo de educação envolve desenvolvimento de habilidade para solução de problemas.

Fonte: adaptado de Bodenheimer e colaboradores, 2002.

O Autocuidado Apoiado é uma tecnologia de cuidado colaborativo onde a equipe de saúde estabelece uma relação ética de valorização do usuário e da sua história de vida, respeitando a sua capacidade em lidar com sua condição crônica. Esse apoio abrange desde o processo de decisão de como gerenciar sua saúde até a implantação e sustentação de planos de ação pelas pessoas. “É uma parceria que se estabelece entre os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a comunidade para a construção de competências necessárias ao cuidado de si”⁽¹²⁸⁾.

Os processos educativos envolvidos no Autocuidado Apoiado englobam tanto o conhecimento acerca da condição crônica como do autocuidado propriamente dito. É importante que os usuários conheçam suas condições crônicas, sua evolução, possíveis complicações, objetivos e metas do tratamento, opções terapêuticas, consequências, etc. Em relação ao cuidado, o foco deve estar no desenvolvimento de habilidades para lidar com sintomas e limitações, fazer adaptações ambientais e comportamentais e sustentar mudanças no estilo de vida.

Cada vez mais a literatura demonstra as vantagens do Autocuidado Apoiado para os sistemas de saúde e as pessoas usuárias. Há evidência crescente sobre a redução de consultas e atendimentos desnecessários na APS e da utilização de recursos hospitalares, e sobre a melhora da qualidade de vida e da satisfação dos usuários⁽¹²⁶⁾. Para Mendes⁽¹²⁾, essa tecnologia é potencialmente mais custo-efetiva quando se trata de pessoas com condições crônicas em estratos de menor risco.

Para Bodenheimer *et al.*⁽¹²⁷⁾, alguns desafios em relação à implantação de programas de Autocuidado Apoiado são: carência de profissionais de saúde treinados para isso na APS, cultura comunitária de dependência do cuidado profissional e financiamento inadequado. Para os autores, esses desafios poderiam ser superados com a inclusão dessa tecnologia nos programas de formação dos profissionais de saúde e na cultura organizacional dos serviços de saúde.

A construção do modelo de Autocuidado Apoiado no LIACC

A construção da proposta de Autocuidado Apoiado para o LIACC foi processual e partiu inicialmente dos grupos temáticos de Apoio ao Autocuidado e de Tecnologias de Mudança de Comportamento. Após inúmeras reuniões e

revisão da literatura, foi elaborada uma proposta preliminar para apreciação do grupo resultante da fusão dos grupos programáticos e temáticos. Essa proposta gerou muitas dúvidas em relação à possibilidade de implantação nas UBS. Assim como com o Cuidado Compartilhado, essa tecnologia foi testada no próprio grupo condutor e depois na UBS Alvorada, piloto do processo. Dessa maneira, tanto o desenho da tecnologia como seu processo de implantação na APS foram testados simultaneamente. Cavalcanti, Jesus e Martins⁽¹²⁸⁾ relatam esse processo na publicação sobre a experiência do LIACC na UBS Alvorada, Curitiba, Paraná.

“Cada um pensou sobre seus objetivos de vida, escolheu dois comportamentos saudáveis que gostaria de adotar, avaliou o grau de interesse e confiança e elaborou um plano de ação. A etapa seguinte foi o sorteio de quem apoiaria quem nesse processo de mudança. Periodicamente, esse apoiador entrava em contato (pessoal, por telefone ou *e-mail*) para acompanhar a execução do plano e o alcance das metas preestabelecidas”⁽¹²⁸⁾.

Profissionais representantes das três equipes de saúde da UBS Alvorada participaram da avaliação da proposta inicial de Autocuidado Apoiado e compartilharam suas impressões com suas respectivas equipes. O processo de implantação do LIACC como um todo será exposto num capítulo posterior, mas algumas impressões sobre o autocuidado especificamente merecem destaque.

Para as autoras⁽¹²⁸⁾, a proposta gerou muitas dúvidas e a equipe de saúde demonstrava, por um lado, alívio por compartilhar a responsabilidade com o usuário, e por outro, ansiedade por não dominar a tecnologia. Da mesma forma que o grupo condutor do LIACC experimentou a tecnologia, os profissionais da UBS participaram de uma oficina para conhecê-la e colocá-la em prática no seu âmbito pessoal e profissional.

“Reunidas em subgrupos, as pessoas escreveram o que lhes motivavam, quais eram os seus projetos de futuro, e compartilharam com as demais. Escolheram, então, um comportamento saudável que precisavam assumir para alcançar seus objetivos e que gostariam de adotar nesse momento. Pactuaram metas com grau de confiança de realização superior a 70% e elaboraram um plano de ação a ser aplicado até o próximo encontro. As

observações dos membros da equipe ilustravam os diferentes estágios de motivação para a mudança. Alguns relatavam experiências bem-sucedidas ou processos já iniciados, outros comentavam sobre seus planos e desejos de mudar, enquanto alguns nem consideravam a possibilidade ou a necessidade de mudar. Os próprios participantes reconheciam a ambivalência e traziam ideias de como lidar com ela⁽¹²⁸⁾.

O que se observou foi uma grande mobilização dos profissionais na medida em que tomavam consciência da complexidade do processo de mudança. Em vários relatos posteriores, alguns membros da equipe citavam aquela experiência como reveladora.

“Ao lidarem com suas próprias experiências, os profissionais compreenderam que o processo não se resumia na transferência de responsabilidade do cuidado para o portador da condição crônica. Pactuar as metas a partir da realidade de cada um, elaborar conjuntamente um plano de ação factível e apoiar o processo de mudança, implicavam em co-responsabilidade⁽¹²⁸⁾.”

Ficou evidente para o grupo condutor que o processo de implantação de novas tecnologias de cuidado deveria considerar a motivação para a mudança de comportamento profissional dos membros da equipe de saúde. A ambivalência estaria presente em vários deles e poderia se expressar pela resistência à mudança naquele momento. Confronto, imposição e prescrição de condutas profissionais não resultariam em adoção de novas abordagens. As mesmas tecnologias deveriam orientar o processo educacional e serviriam, inclusive, de modelagem para os profissionais da UBS Alvorada e do NAAPS. Para Cavalcanti, Jesus e Martins⁽¹²⁸⁾, “grupo condutor e equipe de saúde aprenderam, juntos, a lidar com a resistência e reconhecer a potência das tecnologias escolhidas”.

Sistematização do Autocuidado Apoiado no LIACC

A proposta de Autocuidado Apoiado do LIACC baseou-se na Técnica dos Cinco “A” relatada por Russel, Glasgow e Doriane⁽¹²⁹⁾. Cada “A” compreende

uma etapa importante de intervenção e ao ter em mente esse roteiro (Avalie, Aconselhe, Acorde, Assista e Acompanhe), a equipe de saúde é mais ágil na escolha das opções para apoiar o processo de cuidado do usuário.

Avaliação

O momento de avaliação é muito importante porque revela o quanto os comportamentos são reconhecidos pelos usuários como alvos de mudança num determinado momento. Por meio do diálogo, é possível identificar quais as concepções sobre o estilo de vida, o processo de cuidado e a condição de saúde atual. Além disso, tanto o interesse como a confiança para assumir comportamentos mais saudáveis podem ser avaliados.

Para explorar esses aspectos nas atividades individuais e em grupo, a equipe de saúde pode utilizar instrumentos disponíveis no Caderno de Exercícios de Autocuidado Apoiado⁽³⁷⁾ ou na Caderneta do Usuário, que é uma versão resumida do primeiro e foi criada especificamente para o LIACC. O primeiro exercício da caderneta (ver modelo a seguir) é o questionamento sobre os objetivos de vida, ou seja, sobre o que é importante e quais os projetos de futuro dos usuários. Essa informação deve ser anotada no instrumento de acompanhamento do Autocuidado Apoiado da equipe de saúde, num campo específico para isso (MOTIVAÇÃO). Toda vez que a ambivalência aumentar, é possível rever o tema com a pessoa, fortalecendo o compromisso com o cuidado de si.

Nessa fase de avaliação, a Lista de Comportamentos Necessários evidencia o conhecimento dos usuários sobre fatores de risco e proteção à saúde e o interesse atual na adoção de alguns comportamentos. Ao assinalarem e atribuírem uma nota para o interesse em adotar esses comportamentos nos próximos dias, os usuários revelam sua prontidão ou não para mudar.

Figura 24. Modelo de caderneta de Autocuidado Apoiado

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA
CADERNETA DE AUTOCUIDADO APOIADO**

UBS:
NOME:
Profissional de referência:

CONTRATO

Eu,
comprometo-me a participar das atividades de autocuidado que pactuei com a
equipe de saúde, procurando realizar as tarefas que escolhi para alcançar as
minhas metas.

Curitiba,

(assinatura)

O QUE É IMPORTANTE PARA MIM

COMPORTAMENTOS-ALVO

DATA	Interesse	Confiança	PACTUAÇÃO						

Fonte: CURITIBA, 2012.

Gerenciar o cuidado pode significar, para os portadores de condições crônicas, a assunção de um conjunto de novos comportamentos que interferem na rotina pessoal, familiar e social (ver exercício a seguir). A prontidão é diferente para um comportamento e outro e, ao evidenciá-la, a equipe pode sugerir começar por aquele cujo interesse em mudar é maior naquele momento. A orientação é de escolher no máximo 2 comportamentos-alvo no início do processo, de preferência aqueles cuja nota de interesse for maior.

Figura 25. A escolha de comportamentos-alvo

COMPORTAMENTOS NECESSÁRIOS		
Marque um X ou escreva, nas linhas em branco, os comportamentos que você precisa assumir nesse momento.	Qual (X)	Interesse (0 a 10)
Melhorar a alimentação		
Aumentar a prática de atividade física semanal		
Lidar melhor com o estresse		
Parar de fumar		
Tomar medicamentos conforme orientação da equipe de saúde		
Evitar o consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas		

Fonte: CURITIBA, 2012.

Outros instrumentos de avaliação de comportamentos atuais, como questionários de consumo ou comportamento alimentar, atividade física, gerenciamento do estresse e uso de medicação, podem ser utilizados para identificar áreas que precisam melhorar.

Aconselhamento

Após a avaliação, os profissionais de saúde podem perguntar aos usuários sobre quais temas eles gostariam de conversar. Nas atividades coletivas, é indicada a elaboração de uma lista dos assuntos de maior interesse do grupo. O diálogo pode transitar pelas dúvidas sobre uma condição de saúde, resultados de exames, metas da atenção (hemoglobina glicada, pressão arterial, etc.), gerenciamento de planos de autocuidado, obstáculos à mudança de comportamentos, entre outros. O processo de educação em saúde parte da necessidade e do interesse dos usuários.

O aconselhamento deve sempre se basear em abordagens motivacionais. Durante os encontros com os usuários, a equipe mantém o foco nas metas do cuidado e nos comportamentos-alvo para alcançá-las. Com perguntas abertas e escuta reflexiva, há maior chance dos usuários perceberem a discrepância de

comportamentos atuais em relação aos seus objetivos de vida e evocarem suas próprias razões para a adoção de comportamentos novos, por exemplo. Alguns exercícios, como a tomada de decisão (ver a seguir), podem ser feitos para essa finalidade. Ao avaliarem as vantagens e desvantagens de alguns comportamentos, as pessoas podem lidar melhor com sua ambivalência.

Figura 26. A tomada de decisão

TOMADA DE DECISÃO	
COMPORTAMENTO	
VANTAGENS (RAZÕES PARA MUDAR)	
DESvantagens (RAZÕES PARA NÃO MUDAR)	

Fonte: CURITIBA, 2012.

Acordo (Pactuação)

Mediante as informações compartilhadas, é possível estabelecer um acordo com os usuários, pactuando por onde começar. A partir da lista de comportamentos necessários, os usuários escolhem 1 a 2 comportamentos para fazer a pactuação (ver modelo a seguir). O mais indicado é iniciar com aqueles cuja nota de interesse for maior. Nesse processo colaborativo, usuários e equipe de saúde constroem um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo.

Para cada meta pactuada é importante avaliar a confiança das pessoas em conseguir alcançá-las, por meio de uma nota que varia de 0 a 10. A equipe de saúde orienta a avaliação de fatores como as adaptações na rotina, o esforço gasto, o custo e a necessidade de apoio de outras pessoas, por exemplo. Nessa avaliação conjunta, é possível identificar o esforço necessário para a execução dos planos e o quanto esses são factíveis. Um grau de confiança inferior a 7 indica que é preciso adequar o plano ou repactuar o comportamento uma vez que a chance de não conseguir executá-lo é grande.

Figura 27. A pactuação

PACTUAÇÃO	
DATA	
Comportamento (atividade)	
O que você fará	
Quanto	
Quantas vezes (dia/semana)	
Quando/Onde	
Como	
Grau de confiança	

Fonte: CURITIBA, 2012.

Nessa etapa do processo, os usuários são convidados a assinarem o contrato presente na caderneta. Dessa maneira, reafirmam o compromisso moral com eles próprios em relação à adoção de comportamentos pactuados.

Assistência

A assistência ao processo de mudança abrange desde a pactuação de metas e elaboração de planos de ação até as adequações necessárias durante a execução dos mesmos. No processo do cuidado de si, é preciso apoiar as pessoas por meio de informações, materiais de apoio e treino de habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas.

As abordagens motivacionais são as mais indicadas para fortalecer a habilidade das pessoas em resolver problemas, manter o interesse no processo de mudança e lidar com lapsos e recaídas. Nos diferentes contatos com os usuários, por *e-mail*, telefone ou em atividades individuais e de grupo, os profissionais de saúde utilizam perguntas abertas para explorar o que funcionou ou não, quais soluções foram efetivas, que adaptações são necessárias e como manter a proatividade.

Acompanhamento

Por meio do acompanhamento sistemático dos usuários e seus planos de ação, a equipe de saúde monitora sua implantação e apoia o processo de mudança e de autocuidado. Nas fases iniciais, é recomendado o monitoramento em intervalos curtos (semanal ou quinzenal), para manter o foco das pessoas nas mudanças e dialogar sobre situações difíceis e possíveis soluções. Roteiros de entrevista orientam a abordagem dos profissionais de saúde para que eles explorem as alternativas das pessoas no enfrentamento do cotidiano. É preciso evitar atitudes prescritivas na solução dos problemas apresentados pelas pessoas.

Figura 28. Roteiro de entrevista para apoio ao autocuidado

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA APOIO AO AUTOCUIDADO
a) Apresentar-se e perguntar como está. b) Quais eram as suas metas? c) Peça para que a pessoa comente como foi o período (semana). d) O que conseguiu realizar? Ótimo, então persista. e) O que não conseguiu realizar? f) Quais dificuldades/problemas enfrentou? g) Como tentou resolver a dificuldade xxxx? Funcionou ou não? - Se funcionou, persista nessa solução durante a próxima semana. - Se não funcionou, o que poderia tentar agora? Tente aplicar essa solução nessa semana. - Quer sugestões de como resolver? Podemos tentar... ..? Experimente durante esse período. h) Precisa de alguma outra orientação? Estamos à disposição na UBS. i) Até o próximo contato.

Fonte: CURITIBA, 2012.

O monitoramento tem como objetivo dar assistência à execução dos planos de cuidado e auxiliar as pessoas na observação de seus comportamentos-alvo,

identificação precoce e gerenciamento de situações de risco e utilização de estratégias de prevenção de deslizamentos e recaídas. Instrumentos de monitoramento tanto do usuário como da equipe de saúde registram o processo de mudança e trazem importantes informações sobre o mesmo. Para os usuários, instrumentos disponíveis no caderno de exercícios de Autocuidado Apoiado⁽³⁷⁾ podem ser reproduzidos para utilização. Além de anotar o que foi ou não realizado, é muito importante descrever as situações que atrapalharam o alcance das metas.

Figura 29. Planilha de monitoramento

MONITORAMENTO DIÁRIO	
DATA	OBSERVAÇÕES

Fonte: CURITIBA, 2012.

Para a equipe de saúde, o registro em planilhas específicas (ver modelo a seguir) evita que todos façam pactuações de metas ao mesmo tempo. Sobrecarregar as pessoas com muitos alvos concomitantes aumenta o risco de lapsos e desistência. É comum que, ao decidir mudar, as pessoas queiram fazer tudo ao mesmo tempo. Dialogar sobre os riscos desse comportamento e a necessidade de começar com pequenos passos pode evitar tal conduta. Por isso, o registro organiza as ações dos profissionais de saúde, além de evidenciar o processo e as adequações de pactuações ao longo do tempo.

Figura 30. Planilha de Autocuidado Apoiado

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA											ANO _ _ _ _
PLANILHA DE AUTOCUIDADO APOIADO											
UNIDADE DE SAÚDE:				ÁREA:		MICROÁREA:		PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO AUTOCUIDADO:			
NOME:				FONE:		OBJETIVOS DE VIDA:					
RESUMO DA PACTUAÇÃO	Interesse (0 a 10)	Confiança (0 a 10)	DATA								

(Realizado totalmente - T, Parcialmente - P, Não realizado - N) / (Repactuado - R)

Fonte: CURITIBA, 2012.

Conclusão

Em síntese, o papel da equipe de saúde é auxiliar as pessoas no treinamento de habilidades para a adoção e sustentação de comportamentos saudáveis, gerenciando melhor a capacidade de cuidarem de si mesmas. Para isso, é importante conhecer as condições crônicas e as metas do cuidado, reconhecer e lidar com a ambivalência para a adoção de novos comportamentos, elaborar colaborativamente planos de cuidado, resolver problemas do cotidiano, enfrentar situações de risco e manter o foco em:

- Decidir quais comportamentos deseja mudar;

- Estabelecer alternativas aos comportamentos-alvo;
- Construir e implantar planos de ação de curto prazo;
- Monitorar os resultados no cotidiano, identificar situações de risco e obstáculos à realização dos planos;
- Implementar soluções de acordo com o seu contexto.

Figura 31. Orientações para a equipe de saúde para a instituição do Apoio ao Autocuidado

- a) Avaliar a capacidade de autocuidado pelo usuário.
- b) Oferecer o apoio ao autocuidado e registrar o desejo do usuário de ser monitorado pela equipe de saúde.
- c) Pactuar, na consulta ou durante as atividades do Cuidado Compartilhado, os comportamentos-alvo e atividades:
 - Auxiliar o usuário na escolha, considerando necessidade (indicadores de saúde) e disponibilidade dele (o que ele considera viável e prioritário).
 - Escolher inicialmente um ou dois comportamentos-alvo a serem adotados, baseado no grau de interesse: prática regular de atividade física; alimentação saudável; manejo do estresse; uso de medicamentos conforme prescrito pelo médico ou dentista; cessação do tabagismo, do uso de álcool ou outras drogas.
 - Definir as atividades necessárias para o novo comportamento (quando necessário) e o grau de interesse para escolher duas delas para iniciar.
 - Fazer a pactuação e definir os passos do plano de ação, avaliando o grau de confiança.
- d) Anotar no prontuário – objetivos de vida (o que é importante para o usuário), comportamentos-alvo (aqueles que são necessários), pactuação, grau de interesse e confiança.
- e) Solicitar que o usuário anote, na caderneta, seus objetivos, a pactuação feita, o grau de interesse e de confiança.
- f) Fazer a assinatura do contrato.
- g) Encaminhar para atendimento de enfermagem para dar início ao monitoramento.
- h) Monitorar o processo durante o Cuidado Compartilhado, seguindo o roteiro de entrevista, e explorar a criatividade do grupo para auxiliar na resolução dos problemas comuns.

Para o monitoramento conjunto do plano de ação pela equipe de saúde e pelo usuário, foi preconizado aos auxiliares de enfermagem e os técnicos de saúde bucal (TSB):

- a) Iniciar o monitoramento da pactuação feita com o enfermeiro, o médico, o dentista ou outro profissional da NAAPS.
- b) Preencher inicialmente a Planilha de Autocuidado Apoiado e solicitar que o usuário assine a mesma, como um contrato.
- c) Monitorar periodicamente (7 em 7 ou 15 em 15 dias) os usuários de sua microárea que aceitaram o apoio ao autocuidado, nos primeiros 6 meses, por telefone ou visita domiciliar (intercalar com as reuniões de Cuidado Compartilhado e com os outros contatos do usuário com a UBS). Seguir o roteiro de entrevista.
- d) Registrar, na Planilha de Autocuidado Apoiado, os contatos feitos com o usuário colocando a data e as siglas T – realizou a tarefa totalmente no período, P – realizou a tarefa parcialmente e N – não realizou a tarefa. Verificar o grau de confiança e interesse para a realização das tarefas no próximo período e anotar.
- e) Quando necessário, repactuar comportamentos-alvo, atividades e planos de ação. Anotar na Planilha de Autocuidado Apoiado a repactuação e a sigla R. Verificar o grau de confiança e interesse das novas tarefas.

4.8 O Controle Social e as Relações com a Comunidade

Cleide Oliveira

Julia Valéria Ferreira Cordellini

Mariana Thomaz

O controle social, instituído como parte dos objetivos, atribuições, diretrizes e princípios do SUS, é entendido como a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas, avaliando os objetivos, processos e resultados.

A Lei nº 8.142⁽¹³⁰⁾ estabeleceu as regras gerais para a participação popular, visando o controle social e o financiamento na gestão do SUS. A partir desse marco legal, foram criadas as Conferências e os Conselhos de Saúde (Local, Distrital e Municipal). Essa Lei definiu que os Conselhos de Saúde deveriam ter caráter deliberativo sobre a Política de Saúde, ou seja, o papel desses Conselhos não seria apenas consultivo ou opinativo, mas envolveria o poder de decisão sobre os rumos da política de saúde. Além disso, Controle Social é também responsável pelo acompanhamento, análise e fiscalização da referida política. Com o processo de democratização e da reforma sanitária brasileira, ampliaram-se as possibilidades de participação social nas políticas de saúde. As Conferências de Saúde, no âmbito nacional, estadual e municipal, têm o objetivo de traçar os rumos da saúde em cada esfera governamental, fortalecendo o acesso e a participação da comunidade na formulação das políticas públicas, reforçando a descentralização da gestão e reconhecendo o valor dos atores locais.

Em Curitiba, após a realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, em 1991, iniciou-se a formação de Conselhos Locais de Saúde (CLS), e ainda naquele ano foram constituídos os dois primeiros: o CLS Jardim Paranaense do Distrito Sanitário Boqueirão e o CLS Cachoeira do Distrito Sanitário Boa Vista. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) normatizou e regulamentou a criação e o funcionamento dos CLS através da Resolução Municipal de 12/05/92.

A atenção às condições crônicas sempre foi um desafio para a gestão curitibana. Cuidar das pessoas que vivem em Curitiba requer busca constante

de estratégias para a melhoria da atenção à saúde dos cidadãos. Isso coloca o desafio e a responsabilidade para o gestor de adequar o modelo de atenção do SUS Curitiba à nova realidade epidemiológica da população. Dessa forma, as temáticas pertinentes às condições crônicas fazem parte da pauta de discussões entre os gestores, trabalhadores e comunidade, em especial, nas Conferências de Saúde. Cita-se como exemplo a Tese Guia IV, no Anexo III, da 11ª Conferência Municipal de Saúde de 2011, intitulada “A Atenção à Saúde, do Homem e do Idoso, com ênfase em Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus e Cânceres, DST/AIDS”⁽¹³¹⁾.

No município, percebe-se a capilaridade da discussão da saúde pública pela teia formada pelos Conselhos Distritais e Locais em toda a cidade, onde se verificam decisões pactuadas entre usuários, gestores, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços, influenciando na saúde das comunidades. Atualmente, Curitiba conta com o Conselho Municipal, 8 (oito) Conselhos Distritais e 110 (cento e dez) Conselhos Locais de Saúde, contemplando a grande maioria das Unidades de Saúde da capital paranaense.

A formação e homologação dos Conselhos Locais e Distritais ocorrem nas Conferências de Saúde. Participam das Conferências Locais lideranças e representantes de diversas entidades como, por exemplo: associações de moradores, entidades religiosas, representações sindicais, grupos de alcoólatras anônimos, diretores de escolas e creches, grupos de mães, associações de pais e professores, profissionais da saúde, trabalhadores, prestadores e gestores da área da saúde, além de políticos, empresários e comerciantes da área, dentre outros.

Além da homologação dos Conselhos, as Conferências têm por objetivo elencar propostas prioritárias da saúde local, que serão debatidas e repactuadas nas Conferências Distritais e na Municipal, resultando no Plano Municipal de Saúde, que contém as diretrizes norteadoras da política pública de saúde do município.

Dentro do processo de democratização do conhecimento e fortalecimento do Controle Social, a estratégia da Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde contribui como um canal de comunicação para o usuário, prestando informações, acolhendo e encaminhando críticas, reclamações, solicitações, sugestões e elogios, sobre os serviços prestados pelo SUS Curitiba.

Os Distritos Sanitários

Na Secretaria Municipal da Saúde a estrutura de funcionamento está focada nas necessidades de saúde da população. Dessa forma, a organização é fundamentada num sistema participativo e único nos diversos níveis de complexidade da gestão, coordenando e articulando a oferta de serviços e demanda existente, visando à qualidade, efetividade do cuidado e satisfação do usuário.

Segundo Mendes⁽¹⁷⁾, Distrito Sanitário é definido como um espaço de processo social de mudança das práticas de saúde, e não mais sua concepção mais comum, que é a topográfica-burocrática. O território está em constante processo de construção, produto da dinâmica social onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Sendo assim, o território sanitário, além de um território geográfico é, também, território cultural, social e político, ou seja, um espaço-população.

A instalação dos Distritos Sanitários em 1992 proporcionou maior aproximação da decisão onde os fatos realmente ocorriam, e todos tinham o mesmo objeto de trabalho e a mesma condução, possibilitando uma gestão de apoio técnico e operacional às Unidades de Saúde de seu território, sejam UBS ou outras.

O município de Curitiba está administrativamente dividido em 75 bairros agrupados em 9 (nove) Distritos Sanitários: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, Cidade Industrial de Curitiba-CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade. Essa organização dos serviços de saúde com a responsabilidade ampliada do território, indo muito além das ações de promoção, prevenção e atenção curativa, possibilitou também uma intervenção social abrangente, aumentando a visibilidade recíproca entre equipes e usuários, reforçando a corresponsabilidade dos moradores no território, favorecendo a participação da população na tomada de decisões e afirmando a gestão compartilhada na cidade.

A descentralização da gestão nos DS facilitou diagnósticos e intervenções, com maiores possibilidades de uma atenção qualificada à saúde. Conquistar direitos significa sempre muita luta e longos processos de discussões. Para o bom encaminhamento de ações que constroem a democracia, é importante que os atores sociais exponham suas necessidades, sejam participantes e corresponsáveis pelas decisões tomadas.

O cuidado de saúde deve ser centrado no indivíduo, nas famílias e na comunidade em determinado território, constituindo assim uma ação interseccional com organização em rede, nos diferentes territórios que compõem os DS. Além disso, diversas ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde no ambiente têm sido desenvolvidas, por meio da parceria entre as Secretarias de Saúde e as demais secretarias da Prefeitura Municipal de Curitiba. São ações sempre orientadas e centradas na valorização da participação social, com vistas ao desenvolvimento local.

Definição da implantação do LIACC nos DS de Curitiba

Após um processo de alinhamento conceitual com o grupo de gestores da SMS, em março de 2011, ficaram definidas as UBS do Distrito Sanitário CIC e Boqueirão para desenvolver o LIACC. Em abril de 2011 foi feita uma discussão ampliada sobre o LIACC com o Conselho Gerencial da Secretaria Municipal da Saúde, onde foi apresentada e aprovada a proposta.

Experiência do Distrito Sanitário Cajuru no LIACC

O DS Cajuru tem, aproximadamente, 218.723 habitantes⁽²⁾, localiza-se na região leste da cidade de Curitiba fazendo divisa com os municípios de Pinhais – onde há área de conurbação consolidada – e São José dos Pinhais, concentrando 12,33% da população de Curitiba. Ocupa 8,17% da área total da cidade e é composta por cinco bairros: Cajuru, Capão da Imbuia, Uberaba, Jardim das Américas e Guabirota. Atualmente o Distrito Sanitário Cajuru é composto por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo sete delas com Estratégia de Saúde da Família (ESF), quatro unidades convencionais e uma Unidade de Saúde complexa (UBS e Centro de Especialidades), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD e um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM).

Quando iniciou-se o processo de discussão da implantação do LIACC na SMS concluiu-se ser importante testar as ferramentas utilizadas para que se fizessem os ajustes necessários e a partir daí fossem aplicadas nas demais UBS.

Dessa forma definiu-se uma unidade-piloto. Para tanto, era importante que fosse uma equipe voluntária, e que se enquadrasse em alguns critérios, a saber: UBS com ESF, ter cobertura territorial de 100%, população não superior a 10 mil habitantes, equipes completas e que tivessem um espírito desafiador. De imediato surgiu a oferta de ser uma unidade do DS Cajuru e a UBS escolhida foi a UBS Alvorada. As metas pactuadas sempre aconteceram por meio de um processo de negociação bastante participativo e com um acordo que essas metas fossem sempre superadas, com um trabalho criativo e pautado pela leveza e entusiasmo. Também determinante nessa escolha foi o fato de a Autoridade Sanitária Local (ASL) ter se apropriado dos conceitos de enfrentamento das condições crônicas e possuir a habilidade de compartilhar esses conceitos de forma acessível com sua equipe.

A UBS Alvorada foi inaugurada em 2008, conta com 3 equipes apoiadas pelo NAAPS, prestando atendimento a uma população de aproximadamente 10.000 habitantes, com vulnerabilidade econômico-social, e cuja participação no controle social é bastante estimulada. Uma vez definidas as estratégias de implantação do LIACC foi realizada em maio de 2011, uma reunião do grupo do Centro de Informação em Saúde (CIS) com a supervisora do DS Cajuru e ASL da UBS Alvorada. Foi apresentada a proposta à ASL, que imediatamente aceitou o desafio. Na sequência, em junho, julho e agosto foram realizadas reuniões ampliadas com toda equipe da UBS Alvorada e com o NAAPS local, quando foram disponibilizados materiais de apoio, estimuladas rodas de conversa, e testada a prática do autocuidado apoiado. Nesse momento, tiveram início as oficinas técnicas com temas específicos trabalhados pela equipe condutora do LIACC. Durante os meses seguintes, até dezembro de 2011, foram realizados inúmeros encontros com todo o grupo LIACC para continuidade do alinhamento conceitual e da capacitação técnica nas áreas preestabelecidas: hipertensão, diabetes e depressão e familiarização com os materiais de apoio.

Em fevereiro e março de 2012, com a equipe já com maior domínio dessa nova estratégia de trabalho, nas oficinas, sempre apoiadas pela equipe condutora, fez-se uso de narrativas para direcionamento do aprendizado para atendimento de diabéticos. Na sequência foi realizada uma reunião com as demais ASL do DS para situá-las a respeito do Laboratório em andamento. Em maio, aconteceu a Assinatura da Carta de Cooperação entre a Prefeitura Municipal de Curitiba

e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o lançamento do material de apoio (Cuidado Compartilhado e Autocuidado Apoiado), consolidando um momento importante para todas as equipes das UBS envolvidas.

As equipes locais, sempre apoiadas pelo Grupo Condutor, mantiveram o processo de constante construção, com inúmeras idas e vindas, tendo que superar muitas vezes as próprias barreiras, visto que o saber instituído era de um atendimento mais prescritivo e centralizador, onde havia pouco compartilhamento de definições do tratamento com os próprios usuários. Sendo assim, os profissionais foram observando que os saberes, compromissos e responsabilidades compartilhados obtinham resultados que anteriormente não se observavam.

Por definição da equipe, essa metodologia foi discutida e aplicada no grupo de profissionais, construindo a coparticipação de cada um na definição da pactuação do seu próprio atendimento. À medida que os profissionais se apropriavam desses resultados, tinham mais domínio do método e se observava que as mudanças de comportamentos aconteciam de forma gradativa e contínua, o que também gerava maior participação de todos.

A participação da comunidade tem se dado de forma lenta e gradativa, entendendo a maneira de viver de cada um, sua cultura e valores. Muitas vezes essa participação tem que ser reelaborada e reconstruída com cada usuário individualmente e no seu próprio tempo. Isso muitas vezes causa certa ansiedade para a equipe, que tem uma expectativa de construção mais imediata. Por isso, o encontro com os apoiadores do Centro de Informação em Saúde (CIS) foi muito importante para a consolidação desse novo modo de enfrentamento das condições crônicas. Todo esse processo tem sido compartilhado com os conselheiros do Conselho Local da UBS Alvorada, de tal forma que alguns deles também estão fazendo parte do grupo de autocuidado apoiado. A equipe incorporou essa metodologia, esse novo jeito de lidar com as pessoas, e tem apresentado tranquilidade, inclusive, para superar as frustrações. Isso faz crer que dificilmente acontecerá um retrocesso, uma volta ao atendimento nos moldes anteriores. Alguns depoimentos coletados pela Autoridade Sanitária Local (ASL) dos integrantes da equipe e de alguns usuários da UBS Alvorada ilustram a participação e sentimentos em relação à implementação das mudanças:

“O diferente é que essa proposta acaba interferindo diretamente na rotina dos trabalhadores de saúde da unidade, que passaram a se colocar no lugar dos usuários ao invés de cobrar ou orientar prática física, motivamos com o exemplo.”

“Nós fazemos algo que dizemos que é bom e que eles, pacientes, podem fazer também.”

“Com isso, com certeza estamos melhores física e emocionalmente.”

“... Mas não são somente os pacientes que ganham com o cuidado compartilhado. As colaboradoras iniciaram prática regular de atividade física após implantação do LIACC.”

“... Equipe da unidade de saúde e pacientes estão andando cada vez mais de braços dados.”

“As mudanças chegam aos poucos.”

“A grande questão é fazer diferente aquilo que já é feito.”

Experiência do Distrito Sanitário Boqueirão no LIACC

Esse DS está localizado na região sul da cidade, concentrando 12% da população de Curitiba. Tem sede na Rua da Cidadania do Terminal do Carmo, com 201.894 mil habitantes⁽²⁾, e encontra-se dividido em 4 grandes bairros: Hauer, Boqueirão, Alto Boqueirão e Xaxim. É coordenado pela SMS Curitiba e tem como objetivo gerenciar e apoiar administrativamente as 14 unidades municipais de saúde. Seis unidades trabalham com a estratégia de Saúde da Família, sete são Básicas Convencionais e uma é Unidade de Saúde Complexa (UBS e Centro de Especialidades). Conta também com um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM), que tem o controle social exercido por uma subcomissão de acompanhamento. Essa subcomissão tem um regimento próprio, que

define sua composição da seguinte maneira: usuários de diferentes unidades de saúde, indicados pelo Conselho Distrital, trabalhadores do CMUM, prestadores de abrangência municipal e gestores. Cada uma das 14 unidades tem um Conselho Local de Saúde, que realiza reuniões mensais, e o Distrito Sanitário tem o Conselho Distrital de Saúde (CDS), com reuniões bimensais.

Após ter sido definido o DSBQ como um dos DS a fazer parte do LIACC, aconteceu o sorteio para a definição de quais NAAPS/UBS iriam desenvolver o laboratório, e quais seriam controle. O sorteio dos dois grupos de unidades compostos por 3 unidades cada ocorreu num dia da reunião semanal do corpo gerencial do DS, aonde estavam presentes as 14 ASL, as 3 coordenações, a supervisora, a diretora do CIS, representantes do Grupo Condutor do LIACC do CIS, o Dr. Eugênio Villaça Mendes, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e uma representante da referida organização. As UBS sorteadas para as intervenções do LIACC foram: NAAPS BQ 1: UBS Érico Veríssimo, Jardim Paranaense, Pantanal. As Unidades de Saúde sorteadas para controle do Laboratório de Inovações foram: NAAPS BQ 2: UBS Moradias Belém, Waldemar Monastier, Irmã Tereza Araújo.

Cada uma das chefias das UBS comunicou a sua equipe, ao NAAPS e ao CLS. Posteriormente, o assunto também foi colocado no Conselho Distrital explicando a forma de seleção e sorteio. Principalmente nos CLS das UBS que teriam as intervenções, o assunto foi bem debatido e explicado, já que haveria saída dos profissionais do atendimento, para participar de reuniões, capacitações, oficinas, entre outros. Todos os CLS aceitaram bem a notícia e de maneira geral ficaram orgulhosos de suas UBS estarem participando de estudo. Todas elas contam com três equipes de saúde e a população tem na unidade o referencial para resolução dos problemas de saúde.

No início do mês de junho, foi feita uma visita pelo grupo de coordenadores do LIACC, que tinha por objetivo compreender como as UBS estavam organizando a atenção às condições crônicas, especialmente no atendimento em grupo e no apoio ao autocuidado, considerando as características locais da comunidade, perfil das equipes locais, espaço físico disponível nas UBS, os recursos comunitários, entre outros. A UBS Waldemar Monastier atende uma população de 9.087 pessoas, sendo 90% SUS dependente. A UBS Moradias Belém atende uma população de 10.921 pessoas, com 80% SUS dependente. A UBS Irmã Tereza Araújo atende uma população de 11.746 pessoas, com 70% SUS dependente.

De forma geral, após vencida a resistência inicial para uma mudança de comportamento, a equipe começou a agregar o novo conhecimento em sua prática diária. As equipes perceberam que ao atender os usuários, compartilhando com os mesmos e com o grupo dos NAAPS as definições de seu tratamento, respeitando seu limite e suas crenças, conseguiam melhores resultados. A participação da ASL foi de grande importância para garantir que todos participassem dos momentos das oficinas e capacitações e também para estimular suas equipes nos momentos de conflitos. Todo esse processo de discussão do modelo assistencial favoreceu o maior entrosamento entre a equipe das UBS, NAAPS e comunidade, ganho esse percebido por todos.

Experiência do Distrito Sanitário CIC no LIACC

O Distrito Sanitário CIC (DS CIC) tem 171.106 habitantes⁽²⁾, localiza-se na região oeste da cidade de Curitiba, concentrando 9,34% da população de Curitiba. É composto por quatro bairros: CIC – Cidade Industrial de Curitiba, São Miguel, Augusta e Riviera. A CIC é grande em todos os sentidos. Tem aproximadamente 10% da população da cidade, mede mais de 15 km de extensão e todo o Contorno Sul está em seu território. Coordenado pela SMS Curitiba, o DS CIC tem como objetivo gerenciar e apoiar administrativamente as quinze unidades municipais de saúde pertencentes a esse DS. É o mais novo entre os nove distritos, tendo sido criado em 29 de março de 2005, e é composto pelo desmembramento de três Distritos Sanitários: DS Santa Felicidade, Portão e Pinheirinho. É formado, atualmente, por 10 (dez) UBS com estratégia de Saúde da Família, 05 (cinco) UBS Convencionais e 01 (um) CMUM, além da estrutura administrativa do Distrito Sanitário.

O Distrito Sanitário tem o Conselho Distrital de Saúde (CDS), com realização de reuniões bimensais, cujas pautas são predefinidas pela sua mesa diretora. As UBS têm Conselho Local de Saúde (CLS), que realizam reuniões mensais, garantindo participação integrada entre a comunidade, trabalhadores e gestão, com transparência e divulgação das informações. O Centro Municipal de Urgências Médicas CIC tem instalada a subcomissão do CMUM, com reuniões mensais.

O processo de implantação do LIACC iniciou-se na UBS Alvorada, no DS Cajuru, onde foram inicialmente testadas e validadas as ferramentas. A outra etapa de descentralização do processo teve início, de forma simultânea, nos Distritos Sanitários CIC e Boqueirão.

O LIACC está sendo desenvolvido em três UBS do Distrito Sanitário CIC e outras três serão Unidades de controle. Para cada três UBS há o apoio de um NAAPS, composto por um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um profissional de educação física e um psicólogo. As UBS sorteadas para as intervenções do LIACC foram: NAAPS CIC 2: UBS Sabará, Barigui, Caiuá e as Unidades de Saúde sorteadas para controle foram: NAAPS CIC 3: UBS Taiz Viviane Machado, Vitória Régia, Vila Verde.

A proposta foi apresentada ao Conselho Distrital e Conselhos Locais de cada Unidade que teria a intervenção. Na sequência, as equipes foram visitadas pelo grupo condutor do LIACC, com o objetivo de observar o processo de trabalho que estava se dando em cada equipe.

A UBS Caiuá realiza atendimento a uma população de 13.997 habitantes, sendo 70% dependentes do SUS. Conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família, apoiadas pelo NAAPS e tem uma boa participação dos usuários em relação ao controle social

A UBS Sabará atende uma população de 12.274 pessoas, sendo 80% SUS Dependente. Conta com quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, apoiadas pelo NAAPS.

A UBS Barigui tem uma população de 13.771 habitantes, sendo 78% dependentes do SUS. Conta com quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família.

As equipes, sempre com o apoio do grupo condutor, foram se apropriando dos conceitos e estreitando contato com as novas estratégias de trabalho, participando de oficinas com uso de metodologias como narrativas, e rodas de conversa, e momentos ampliados para o aprendizado técnico. Simultaneamente foram disponibilizados materiais de apoio (Cuidado Compartilhado e Autocuidado Apoiado) para auxiliar na apropriação da metodologia. Também houve estímulo para que as equipes praticassem o autocuidado apoiado com os colegas de trabalho, para que pudessem perceber as facilidades e dificuldades inerentes às mudanças de comportamento, para posterior aplicação nos usuários.

As mudanças de comportamento entre os profissionais de saúde, assim como nos usuários, são permeadas por uma constante construção na qual, mesmo após a tomada de decisão, é necessária a prevenção e aceitação de deslizes e recaídas, permitindo novas pactuações.

As três unidades têm continuamente convidado os usuários a participarem das atividades voltadas para o autocuidado apoiado, e os mesmos tem incorporado, de forma gradativa, o novo método de trabalho, que respeita e entende a cultura, os princípios, os valores e o modo de vida de cada ser humano. Sabe-se que todo avanço já conquistado e a conquistar se deve à valorização da participação de todos os profissionais das UBS e do Distrito Sanitário, que trabalham juntos no enfrentamento desse desafio.

4.9 Educação Permanente em Saúde no LIACC: um novo marco político-pedagógico para os processos de ensino e aprendizagem em saúde na SMS Curitiba

Antonio Dercy Silveira Filho

Claudia Schneck de Jesus

Em virtude da velocidade da produção de conhecimentos no mundo, instituições, serviços, gestores e trabalhadores devem estar em constante busca de atualização. Além disso, uma grande dificuldade está em discernir acerca de tudo que se lhe apresenta como conhecimento cientificamente produzido na atualidade, qual aquele que é realmente relevante para a prática. Isso se torna constantemente, em especial na área da saúde, fato gerador de angústia e de novas dúvidas.

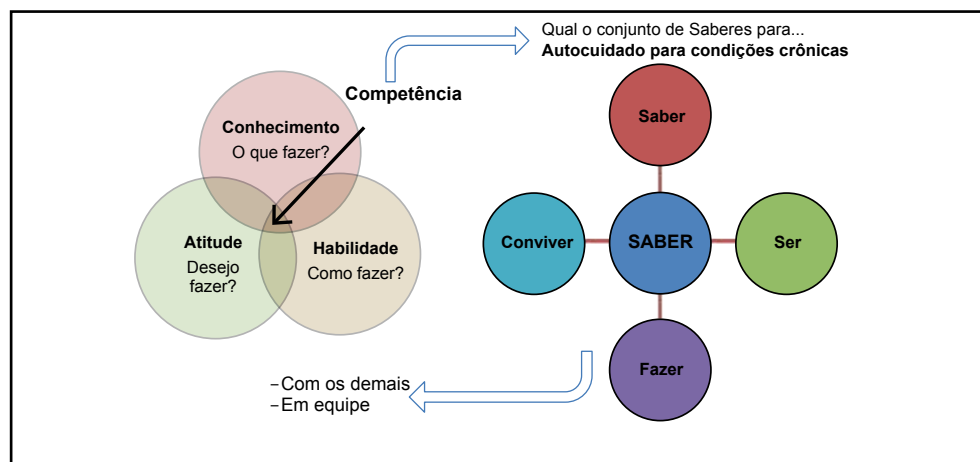
Em se tratando do cuidado às Condições Crônicas (CC) o desafio se apresenta ainda maior. No LIACC foi proposta a introdução de novos “modos de olhar” para situações cotidianas que, muitas vezes, por sua alta prevalência, e sendo tão corriqueiras e comuns como no caso da HA, DM e Depressão, perdem a dimensão real do seu impacto como um problema de saúde pública. Aqui, o que se apresenta como desafio é ressignificar essas doenças e seus processos de cuidado contínuo, promovendo a reflexão do dia-a-dia das equipes de saúde, compreendendo e valorizando o que já é feito, mas despertando o olhar crítico sobre a gravidade dessas condições crônicas e a efetividade dos processos de cuidado com base na gestão da clínica. Mas esse seria apenas o primeiro passo, porque nos processos de Educação Permanente a serem implementados, era preciso produzir novas formas de “agir sobre”, introduzindo tecnologias novas para o cuidado contínuo dessas CC. Nessa dimensão pedagógica, o desafio posto referia-se à introdução de novos conhecimentos e habilidades no manejo das três CC eleitas no LIACC.

Além disso, o mais desafiador ao processo pedagógico ora proposto era o de promover e despertar o “agir diferente”, produzir um desconforto sobre as atuais atitudes laborais da equipe multidisciplinar para que, então, num pro-

cesso de reflexão e de mobilidade interna, fossem produzidas novas atitudes no cuidado às condições crônicas. Na abordagem desse domínio cognitivo, a grande dificuldade reside na estagnação intelectual e laboral por parte de alguns trabalhadores de saúde, motivada pela falta de perspectiva e desmotivação, muitas vezes características especialmente do setor público, pela baixa mobilidade e estabilidade de suas carreiras, e cujo desempenho, bom ou ruim, pouco interfere no desfecho e sucesso em sua profissão. Isso acontece mesmo em uma administração como a Prefeitura Municipal de Curitiba, que há muito investe em tecnologias de Gestão por Resultados, instituindo sistemas de avaliação por desempenho.

Diante desse contexto, optou-se por repensar os processos de Educação Permanente no LIACC. Tomou-se como base a Tríade de Competências, ou seja, a opção de processos de ensino-aprendizagem que, em última instância, promovessem a integração e coordenação entre um conjunto de “novos conhecimentos”, desenvolvessem “novas habilidades” e despertassem “novas atitudes”^(132, 133) (Figura 32). O processo pedagógico deveria ser percebido como a manifestação de um profissional de saúde que se diferenciava pela sua atuação, que demonstrasse ter novos conhecimentos, partindo-se de apropriação das informações-chave, dos conceitos e ideias propostas pelo LIACC.

Figura 32. A Tríade de Competências



Fonte: Adaptado de FLEURY, 2001; DUTRA, 2004.

Esse processo pedagógico deve também repercutir em novas experiências e proposições formuladas pelos próprios profissionais de saúde e que, acima de tudo, represente para si outra perspectiva laboral, desafiando-o a colocar em ação os novos conhecimentos, fazendo as coisas acontecerem por uma nova atitude e perspectiva com seu trabalho frente ao desafio do cuidado às CC.

O desafio educacional posto no LIACC deveria partir do repensar das ações dos trabalhadores das equipes multidisciplinares frente ao cuidado das CC, envolvendo seus atendimentos sobre as necessidades em saúde, mas também se tomando como base suas emoções e desejos no desempenho das suas tarefas individuais e em equipes, visando à qualificação do trabalho. Como motivá-los à criação de tais conhecimentos, desenvolver habilidades propostas e despertar novas atitudes? Isso envolveria domínios cognitivos que, para serem estimulados, seguramente exigiriam uma nova ação comunicativa no processo educacional, tanto por parte dos docentes (no caso a equipe do grupo condutor do LIACC) quanto por parte dos discentes (os profissionais das equipes de saúde). Essa ação comunicativa deveria se estabelecer de forma multidirecional, dialógica e que promovesse a criatividade. Ela deveria promover a colaboração no interior do processo educacional, mas, conseqüentemente, repercutir também no despertar de novas atitudes laborais no interior do trabalho das equipes⁽¹³⁴⁾.

Sabe-se que nossas atitudes, nossos “modos de ser e agir”, são determinados por um conjunto de crenças e valores. A questão fundamental era que todos os trabalhadores, em certa medida, já realizam ações e desempenham funções no cuidado em saúde das pessoas com essas CC. A reflexão sobre “como agimos” ou sobre “o que estamos conseguindo com esse modo de agir” foi fundamental para que se conhecessem esses modos de ser, justificados pelas suas crenças, e determinassem os graus de motivação para a realização das mudanças necessárias aos desempenhos esperados nas novas atividades propostas no LIACC.

Além disso, outros dois princípios educativos foram fundamentais na estruturação das estratégias: acessibilidade e equidade. Acessibilidade no que tange promover o acesso aos novos conhecimentos e desempenhos, devendo-se utilizar diferentes estratégias pedagógicas que estimulassem a pró-atividade dos discentes. Equidade, considerando-se as diferenças de conhecimentos e desempenhos prévios, cujas competências deveriam ser objetos de abordagens específicas, centradas nas necessidades distintas das equipes e/ou dos alunos⁽¹³⁴⁾.

Para Cortelazzo⁽¹³⁴⁾, *“acessibilidade e equidade precisam estar integradas para que a ação educativa se efetive”*⁽¹³⁴⁾.

Com esses objetivos claros, o desafio seria repensar os processos pedagógicos desenvolvidos na SMS Curitiba. Tradicionalmente, os processos de educação mantidos pelas instituições de saúde sustentam-se na pedagogia de ensino tradicional, centradas na transmissão de conhecimentos, numa relação não dialética entre professor-aluno, onde o professor [detentor de conhecimentos] tenta transmitir ou transferir conhecimentos por meio de técnicas pedagógicas expositivas. Nesse método, o papel do aluno é de absorver esses conhecimentos para que depois, por si só, busque traduzi-los para aplicá-los na sua rotina, para que assim mude suas práticas cotidianas em saúde.

Essa forma de pensar a relação ensino-aprendizagem é bastante conhecida e questionada por diversos autores, não apenas do setor saúde. Apenas para elucidar, destacam-se como alguns pontos críticos do comportamento do aluno:⁽¹⁾ a passividade;⁽²⁾ a falta de interesse, de motivação ou de comprometimento com a própria aprendizagem;⁽³⁾ a individualidade;⁽⁴⁾ o imediatismo;⁽⁵⁾ a falta de disciplina e os hábitos de estudo insuficientes;⁽⁶⁾ as dificuldades na interpretação, de redação e de leitura;⁽⁷⁾ a baixa capacidade crítica;⁽⁸⁾ a falta de tempo para estudar com pouco contato extraclasse; e⁽⁹⁾ a dificuldade de tradução do aprendizado à prática⁽¹³⁵⁾.

A aprendizagem refere-se ao processo de crescimento e desenvolvimento de uma pessoa em sua totalidade e compreende quatro grandes áreas:⁽¹⁾ a do conhecimento,⁽²⁾ a do afetivo-emocional,⁽³⁾ a de habilidades e⁽⁴⁾ a de atitudes e valores⁽¹³⁶⁾. Portanto, a pedagogia de ensino tradicional se mostra altamente ineficiente, especialmente no que se refere à aprendizagem de adultos que, de certa forma, “já sabem”, “já praticam” ou que, minimamente, já têm opinião formada sobre os mais diferentes assuntos.

O processo ensino-aprendizagem resulta de um complexo sistema de interações comportamentais entre professores e alunos, onde “ensino” e “aprendizagem” não são processos independentes da ação humana, pois são fortemente influenciados pelos complexos e difíceis comportamentos de perceber o mundo e o conhecimento produzido⁽¹³⁷⁾. Portanto, a interdependência dos dois conceitos de ensino-aprendizagem é fundamental para se entender o que acontece com o que se deseja conseguir com o novo conhecimento produzido e, mais ainda,

quando se deseja que esse conhecimento produza novas práticas de cuidado em saúde e de gestão.

Mais recentemente, o que tem se mostrado mais efetivo na relação ensino-aprendizagem em saúde são as metodologias de Aprendizagem Significativa. Tais metodologias se propõem a envolver o estudante como pessoa, como um todo, respeitando-o e dando voz as suas ideias, seus sentimentos, sua cultura e seus valores, contextualizando-o na sua profissão, na sua prática individual e em equipe, e no seu papel frente à sociedade⁽¹³⁸⁾.

Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem, que se apoiam no desenvolvimento de processos de aprendizado que utilizam experiências reais ou simuladas, também tem sido propostas. Essas metodologias visam estimular a capacidade do aluno para solucionar, com sucesso, as tarefas essenciais da sua prática profissional, nos diferentes contextos cotidianos. Ela se utiliza de:⁽¹⁾ resolução de problemas;⁽²⁾ problematização de fatos ou situações, de forma a levar compreensão dos estudantes para o fato estudado;⁽³⁾ proposição de soluções, por meio de um processo de ação-reflexão-ação. Busca-se promover a “interação aluno-conteúdo”, “interação aluno-instrutor” e a “interação aluno-aluno”⁽¹³⁴⁾. Além disso, prevê que a avaliação seja formativa, que aconteça durante o processo de aprendizado. Isso porque objetiva permitir que os estudantes identifiquem o que não sabem, bem como oportunizar novas situações para a construção desse aprendizado, durante todo o processo⁽¹³⁹⁾.

Por fim, numa livre reflexão sobre os processos educacionais atualmente implantados na SMS Curitiba, é importante destacar que outros aspectos, além de ensino-aprendizagem, estão intimamente implicados nesse contexto: o processo de informação e comunicação e o processo político-estratégico.

Por certo, devido ao grande compromisso com a assistência à saúde dos curitibanos e pela cultura de monitoramento, acompanhamento e avaliação, numa atitude positiva de vigilância à saúde, bem como pela dinâmica e a intensa produção intelectual e capacidade de proposição da própria equipe da SMS Curitiba, seus programas e áreas técnicas, a Secretaria é desafiada a implantar novas práticas, com base em novos conhecimentos sobre o cuidado em saúde e a gestão. Os tempos da atenção à saúde [das ações e práticas das equipes], os tempos da produção de políticas, programas, orientações normativas [novos fluxos, procedimentos, técnicas de cuidado, etc.] e os tempos políticos se atropelam,

desconfigurando os processos de ensino-aprendizado. Assim, esses se tornam obsoletos, ou, por sua natureza, ineficazes, pois consideram apenas a dimensão do “conhecimento” como dinamizadora de novos padrões comportamentais dos atos da produção em saúde. Esse é um dilema rotineiro ao se pensar processos de educação em instituições que têm em sua base essencialmente a tarefa de promover a atenção à saúde.

Além disso, esses três processos, ensino-aprendizagem, informação e comunicação e político-estratégico, geralmente estão “misturados”. Os processos que visam à educação dos trabalhadores são produzidos de forma fragmentada, pensados em especificidade e suficiência apenas na vertente “transmissão de conhecimento”, desconsiderando as demais dimensões implicadas no ensino-aprendizagem e dessa forma, caracterizam como uma limitada reflexão sobre as práticas em saúde e de gestão.

A proposta de Educação Permanente do LIACC previa uma clara definição e distinção estratégica de delineamento dos três processos supracitados, considerando-os extremamente relevantes para o sucesso do desempenho de todos os profissionais da SMS. Porém, resgatava e destacava o desafio atual de se implantar uma política de ensino-aprendizagem que fosse efetiva, produzisse mudanças nas práticas em saúde dos profissionais da SMS, e repercutisse nos indicadores de saúde do município. Mas, como promover atenção em saúde de qualidade, num mundo em permanente transformação e produção de conhecimentos? Não há como qualificar as práticas se as próprias instituições que provêm atenção em saúde e que produzem conhecimento e pesquisa não se aproximarem. Esse é o grande dilema das propostas de Educação Permanente fundamentadas pelas portarias ministeriais dos últimos anos, que propõem uma mudança fundamental do entendimento de que os processos de educação devem ser integrados ao trabalho em saúde, compondo parte da carga laboral desejável.

Como parte do processo político-estratégico do LIACC, encontram-se todas as ações decorrentes do planejamento estratégico da SMS. A complexidade desse delineamento é particularmente difícil no município de Curitiba, dada a sua trajetória histórica na formulação das políticas públicas e sua tradição de gestão participativa e descentralizada.

O “planejamento” enquanto uma ferramenta, uma ação, há muito está difundida dentro da cultura institucional da SMS. Porém, é de difícil deline-

amento estratégico, em especial numa definição de prioridades ao longo do tempo, especialmente em virtude dos descompassos inerentes da necessidade de compatibilização de:⁽¹⁾ compromissos assumidos dentro de uma agenda política nacional, estadual e municipal;⁽²⁾ compromissos políticos assumidos nos relatórios das Conferências de Saúde nos três níveis de gestão, bem como dos níveis local e distrital da saúde;⁽³⁾ compromissos políticos assumidos da Prefeitura em articulação com outros setores internos à administração [entre as Secretarias] e com a sociedade civil; e,⁽⁴⁾ do processo de descentralização e apropriação dos territórios sanitários nos processos de gestão internas da SMS [vigilância em saúde, no nível local, distrital e municipal]. Destaca-se ainda que, em todos esses processos, há fluxos ascendentes e descendentes de informação, negociação e deliberação, para daí então se estabelecer prioridades, se compor os delineamentos estratégicos e mecanismos de monitoramento, acompanhamento e avaliação.

Apenas para exemplificar, a SMS está diretamente afetada e implicada nas agendas políticas:⁽¹⁾ no nível da saúde nacional e estadual [mediante os pactos de gestão, do Relatório da Conferência Nacional de Saúde e dos programas sustentados pelo Ministério da Saúde];⁽²⁾ no nível da gestão municipal [mediante o Plano de Governo, o Plano Plurianual, o Plano Municipal de Saúde, o Relatório da Conferência Municipal de Saúde, e os Planos Municipais de outras Secretarias parceiras, em especial da área social como a FAS e a Educação, e mais os já citados anteriormente];⁽³⁾ no nível Distrital [mediante o Plano de Administração Regional, o Plano Regional de Saúde e o Relatório da Conferência Regional de Saúde, mais os já citados anteriormente];⁽⁴⁾ no nível local [mediante o Plano Local de Saúde e outros planos dos equipamentos sociais do território sanitário, mais todos os outros já citados anteriormente].

Muitas ferramentas para firmar os diversos compromissos de gestão foram criadas em todos os níveis e com diferentes atores [gestores, profissionais e comunidade], chegando ao estabelecimento de metodologias para a Gestão por Resultados que poderá inclusive impactar financeiramente no salário dos trabalhadores mediante análise de indicadores de desempenho individual, de equipe e da gestão. Frente a essa complexidade, atualmente, para a maioria dos profissionais de saúde da SMS, fica muito difícil estabelecer quais dos seus processos de trabalho são realmente prioritários e que estão em consonância com os anseios da gestão municipal da saúde.

Esse projeto não previa o aprofundamento das questões político-estratégicas para a SMS, tampouco definir mecanismos para superar sua polissemia ou propor ações que venham ao encontro do equilíbrio das forças políticas que podem, por vezes, ser antagônicas [por exemplo, das definições de prioridades estaduais em contraposição às municipais]. Porém, salienta-se que o planejamento estratégico é um processo gerencial que diz respeito à formulação de objetivos para a seleção de programas de ação e para sua execução, levando em conta as condições institucionais internas e externas, considerando como premissa que a instituição respeite todo o processo para que o planejamento tenha coerência e sustentação.

Para o enfrentamento da questão político-estratégica no LIACC, foi necessário o fortalecimento do papel protagonista e coordenador da equipe do Centro de Informação em Saúde (CIS) e da Superintendência de Gestão, no compromisso de integrar todas as informações necessárias para o acompanhamento do desempenho da SMS frente à sua missão corporativa, buscando sempre clarear as definições, atribuições e a compatibilidade de todos esses processos de trabalho e de gestão. Além disso, é necessária a produção de análises de situação, monitoramento e acompanhamento que darão subsídios à formulação dos novos objetivos e das estratégias necessárias na implementação de novas ações junto aos Centros e Distritos Sanitários envolvidos, quando necessárias, mas acima de tudo, propiciando mecanismos de *feedback* e controle interno a toda a SMS.

Fazem parte do rol das ações que integram o escopo político-estratégico e que hoje são confundidos com ações de ensino-aprendizagem:

- 1) Lançamentos de novos Programas Estratégicos da SMS, com a realização de evento de lançamento e capacitação pontual com vistas a sua implantação, a exemplo dos eventos que envolveram todas as equipes implicadas no LIACC.
- 2) Revisões protocolares de fluxos administrativos, de gestão, ou de atenção, coroados com processos de treinamento e/o capacitação pontuais, que objetivam a implantação das novidades propostas, a exemplo das revisões e consequentes processos de disseminação das novas Diretrizes Clínicas do Diabetes e Hipertensão.
- 3) Grandes Eventos de Capacitações Temáticas com representantes expoentes ao tema predefinido, geralmente, segmentados para as distintas categorias profissionais, a exemplo dos eventos de atualização em cuidados com os

pés-diabéticos, que envolveram médicos, enfermeiros e fisioterapeutas do LIACC.

Distinguindo essa etapa, tratando-se especificamente o tema da Educação Permanente proposta no LIACC, cabia ao Grupo Condutor do LIACC a formulação e implementação da proposta que viabilizasse a adoção do MACC pelas Equipes de Saúde da Família envolvidas. Para tal, recorreu-se a formulação de Ceccim⁽¹⁴⁰⁾, que considera que a proposta de educação permanente em saúde deve considerar em seu processo as práticas de ensino, práticas de atenção, práticas de gestão e práticas de controle social na saúde, o que o referido autor denomina “Quadrilátero da Formação”. Em sua proposta, Ceccim⁽¹⁴⁰⁾ destaca como ações necessárias: 1) a mudança da educação tradicionalmente centrada no professor e na transmissão do conhecimento biologicista e mecanicista, para uma concepção construtivista, de problematização e de incentivo a produção de conhecimentos; 2) a construção de novas práticas de saúde com base na humanização e integralidade que deem voz aos anseios dos usuários incluindo-os nas decisões referentes aos planos terapêuticos; 3) a efetivação das redes de atenção com base nas necessidades em saúde e satisfação dos usuários; e, 4) a promoção de respostas às necessidades em saúde veiculadas pelos movimentos sociais.

Delineada em consonância a essa concepção, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para sua implementação⁽¹⁴¹⁾. Não se trata mais de realizar atualizações esporádicas e descontinuadas ou continuadas, estruturadas a partir de temas relevantes à prática numa “educação continuada”, num processo de aquisição sequencial acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. Mas sim, trata-se de trazer a dimensão da necessidade do estudo, do ensino-aprendizagem como uma ação laboral cotidiana, em serviço, individual e em equipe, focada na melhoria contínua e permanente dos desempenhos para o exercício das próprias atividades laborais. Por isso, os desenhos de uma Educação Permanente eficientes não partem de conteúdos ou temas prefixados, mas partem sim das necessidades identificadas como lacunas dos desempenhos individuais e coletivos⁽¹⁴¹⁾.

A proposta da PNEPS⁽¹⁴¹⁾ visa uma ação estratégica para transformar e qualificar a atenção à saúde, por meio de processos formativos que integrem as práticas de saúde e as pedagógicas e incentivem a organização das ações e práticas estando e agindo no interior dos serviços de saúde. Seu grande avanço e dificuldade de implementação se dá pela premissa de integrar e articular o trabalho entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, numa perspectiva da educação permanente no SUS. Em suas bases:⁽¹⁾ destinarem-se a públicos multiprofissionais;⁽²⁾ manterem enfoque nos problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde;⁽³⁾ institucionalizarem-se nos processos de trabalho das equipes, gerando compromissos entre os trabalhadores, os gestores, as instituições de ensino e os usuários, resultando no desenvolvimento individual e institucional;⁽⁴⁾ objetivando-se transformações das práticas;⁽⁵⁾ utilizando-se de pedagogias centradas na resolução de problemas, preferencialmente realizadas no próprio ambiente de trabalho; e,⁽⁶⁾ de caráter contínuo, integrando um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS⁽¹⁴¹⁾.

Compreendendo-se, portanto, Educação Permanente em Saúde como as ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir da realidade, das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos, reorganizando-se a gestão setorial e a ampliando-se os laços da educação com o controle social⁽¹⁴¹⁾.

Para Ceccim⁽¹⁴⁰⁾, Educação Permanente é,

“o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às

práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde”⁽¹⁴⁰⁾.

A Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde (SGETS/MS) define Educação Permanente em Saúde como a articulação entre as necessidades de aprendizagem e as necessidades do trabalho, implicando na incorporação do aprender e do ensinar no cotidiano das pessoas e organizações, favorecendo a reflexão e a análise crítica dos processos⁽¹⁴²⁾. Dessa forma, a educação permanente passa a ser ação estratégica para a busca de soluções dos problemas do cotidiano do trabalho e para promover transformações nas práticas profissionais, da organização do trabalho e nas práticas de ensino⁽¹⁴²⁾.

No LIACC, buscou-se estruturar as estratégias de Educação Permanente partindo-se desse referencial, onde o papel das práticas educativas é de serem críticas e possibilitarem pertencimento aos serviços, profissionais e estudantes a que se dirigem. Os novos conhecimentos deviam promover o cruzamento entre os saberes formais e os saberes oriundos daqueles que operavam nas diferentes realidades (os diferentes trabalhadores de saúde). Os saberes formais deveriam estar implicados com movimentos de autoanálise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os próprios atores do cotidiano (os profissionais de saúde) que devem ser os protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas⁽¹⁴³⁾.

Assim, os processos pedagógicos deveriam permitir a incorporação das tecnologias e dos referenciais necessários para a sua aplicabilidade prática. Como método, dever-se-ia criar espaços para a discussão, análise e reflexão da prática em equipe, partindo-se sempre do cotidiano do trabalho em dialética aos referenciais teóricos que sustentam tais práticas [as atuais e as que se desejam implantar]. Nesse processo, não há educadores e educandos, mas apoiadores, facilitadores dos processos de ensino-aprendizagem, que em verdade, são também ativadores de processos de mudança institucional [no caso, o grupo de condução do LIACC do Centro de Informação em Saúde (CIS) e eventuais convidados]. O facilitador de educação permanente em saúde deve ser também um profissional de saúde, que irá estimular e propiciar às equipes do SUS essa reflexão crítica sobre as suas práticas e os processos de trabalho, visando ampliar a capacidade institucional e profissional. No LIACC utilizou-se uma pedagogia centrada nas necessidades dos

alunos (os profissionais e equipes de saúde), sendo estruturada para promover uma aprendizagem não linear, contendo elementos ativos e sensíveis aos diferentes contextos, culturas e conhecimentos⁽¹³⁴⁾, fundamentada nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem⁽¹³⁵⁾.

Dentre as características e desafios enfrentados pela Educação Permanente proposta no LIACC destacam-se:

- 1º Distinguir os processos que objetivam o ensino-aprendizagem daqueles que visam informar e promover a comunicação político-estratégica da SMS Curitiba e que, dentro dos processos educacionais, têm mera função de despertar interesses.
 - Essa foi uma primeira ação fundamental para que se organizassem e acontecessem as ações de Educação Permanente, identificando e distinguindo em todas as etapas e processos aquelas ações que objetivavam claramente o ensino-aprendizagem e que, para tal, necessitariam de abordagens pedagógicas adequadas aos objetivos, daquelas cuja função era informação e a comunicação político-estratégica. Essa distinção fora estrategicamente trabalhada pelo Grupo Condutor do LIACC do CIS, tanto nas suas definições e delineamentos pedagógicos e metodológicos quanto na sua coordenação e implementação em campo, junto às equipes de saúde. Exposições em grande grupo, mesmo que dialogadas, tinham claramente um intuito informativo, muito aquém do almejado com os processos educacionais. Por diversas vezes, utilizou-se dessa metodologia expositiva, mas havia a clareza por parte do grupo condutor que o objetivo a ser cumprido pela estratégia pedagógica era a comunicação político-estratégica de disseminação de algumas informações de base, ou seja, as palestras e conferências expositivas foram reconfiguradas no sentido a que se faziam aplicáveis: informar, pontuar politicamente, e (no máximo) instigar ou despertar interesses.
- 2º Identificar os novos conhecimentos e habilidades necessárias ao desenvolvimento das competências almejadas, delineando-se claramente se esses compunham o “campo” de competências multidisciplinares no cuidado às Condições Crônicas ou que se restringiam a determinados “núcleos” de competências específicas, estritas à prática de determinadas categorias⁽¹⁴⁴⁾.

- Ressalta-se aqui para compreensão dessa estratégia a elaboração proposta por CAMPOS et al.⁽¹⁴⁴⁾ que define como “campo de competência” a sobreposição ou interposição de saberes de origem em diferentes especialidades, mas que devem ser de conhecimento e objeto para atuação dos profissionais das diferentes formações. E que há alguns saberes específicos, definidos a partir de um objeto de práticas restritas a um determinado profissional de saúde, estabelecidas a partir da sua formação acadêmico-profissional às quais o autor denomina “núcleo de competências”. Dessa forma, compreende-se que o cuidado à CC constitui-se num “campo” de saberes e práticas que deve ser de domínio de diferentes profissionais, mas que em determinada medida, algumas atividades ou ações no cuidado proposto possuiriam especificidades estritas a determinadas categorias profissionais em seus “núcleos” de competências. As estratégias educacionais e pedagógicas pensadas deveriam distinguir esses universos de ação, não se sobrepondo, tampouco se fazendo emergir competições desnecessárias entre as diferentes categorias profissionais envolvidas no LIACC. Se por um lado, determinadas estratégias educacionais deveriam contemplar aspectos que fortalecessem o trabalho em equipe e uma abordagem multidisciplinar, por outro lado, deveriam contemplar também algumas outras que deveriam apenas ser aplicadas quando profissionais de categorias específicas estivessem entre seus pares (entre os colegas de uma mesma categoria profissional). Essas tinham uma clara objetividade de fortalecimento de núcleo de competências de cada um dos determinados profissionais de saúde envolvidos no LIACC. Ambas deveriam produzir os efeitos de ensino-aprendizagem desejáveis em serviço, por um lado fortalecendo competências específicas das carreiras profissionais e por outro fortalecendo as competências para o trabalho em equipe no cuidado à pessoa com CC.

Assim foram definidas estratégias visando o desenvolvimento do Campo de Competências para efetivação do MACC dentro do LIACC, numa abordagem multidisciplinar:

- Alinhamento conceitual sobre Condições Crônicas.
- Atualização em Diabetes Tipo 2, HA e Depressão.

- A proposta do LIACC e o MACC.
- Atividades Educativas em Grupos Operativos.
- Entrevista motivacional.
- Registros e Prontuário Eletrônico.
- Autocuidado Apoiado.
- Cuidado Compartilhado.

Por outro lado, visando o desenvolvimento de Núcleos de Competências Específicas dentro do MACC no LIACC, foram incluídas:

Quadro 31. Competências específicas por categoria profissional.

Médicos	Atualização no cuidado a DM Atualização no cuidado a Depressão Atualização no cuidado a HAS Avaliação do pé diabético Cuidados com o pé diabético Diagnóstico e manejo da DM Diagnóstico e manejo da HAS Diagnóstico e manejo da insuficiência cardíaca congestiva (ICC) Diagnóstico e manejo da Ansiedade Insulinização Complicações em DM
Enfermeiros	Avaliação do pé diabético Cuidados com o pé diabético Cuidados com feridas nas CC Complicações no cuidado da DM
Cirurgiões Dentistas	Cuidados em saúde bucal nas CC Manejo da saúde bucal na DM Atualização em periodontia com enfoque no Autocuidado Apoiado
Fisioterapeutas	Avaliação do pé diabético Cuidados com o pé diabético Cuidados em fisioterapia nas CC
Nutricionistas	Cuidados do nutricionista nas CC
Farmacêuticos	Cuidados farmacêuticos nas CC
Auxiliares de enfermagem	Cuidados com o pé diabético
TSB e ASB	Atualização em periodontia com enfoque no Autocuidado Apoiado
ASL	Gestão da Clínica Gestão da Condição de Saúde com enfoque nas CC

- 3º Desenvolver uma agenda prioritária e permanente de reuniões de planejamento estratégico dos processos educacionais, envolvendo todos os atores que o protagonizavam no campo, junto às equipes de saúde.
 - A garantia de espaço permanente para planejamento educacional e de discussão embasada na teoria e na reflexão das estratégias aplicadas em campo foi fundamental para o fortalecimento e reconfiguração do processo de Educação Permanente. Conferiu ao processo uma maleabilidade que possibilitou adaptações sempre que se fizeram necessárias. Oportunamente, refletiu também sobre o modo de ser e agir do próprio grupo gerencial condutor, que aos poucos pode perceber que a educação, assim como a atenção em saúde, deve se orientar por princípios e ter objetivos claros, mas que muitas vezes necessitava de adaptações, de que as ações propostas fossem reconfiguradas para que os fins a que foram desenhadas fossem alcançados.

Dessa forma, para cada estratégia pedagógica proposta, o grupo pensava também um “plano B” e por vezes até um “plano C”. Salienta-se a pertinência dessa “maleabilidade” no processo de Educação Permanente implementado, que muitas vezes serviu ao grupo condutor de alento quando algumas vezes as expectativas de rendimento dos grupos frente às estratégias educacionais não eram correspondidas. Isso fez com que se sedimentasse no grupo condutor a ideia de que, por mais bem que esteja desenhada a estratégia educacional, muitos são os fatores que interferem no seu sucesso, e que o importante é ter claro quais os domínios cognitivos que pretendem ser estimulados com a estratégia pedagógica. Além disso, que cada indivíduo ou grupo tem seu tempo para sedimentação dos novos conhecimentos, habilidades e comportamentos. São diferentes os tempos para o “insight”, especialmente quando se objetiva o despertar de novas atitudes. Percebeu-se que esse momento foi, antes de tudo, reflexo direto da maturidade e contexto do grupo, dos papéis dos indivíduos dentro dele, dos processos de formação e das histórias de cada um, e ainda mais, da história e constituição do próprio grupo de trabalhadores (da equipe de saúde da família em questão). Portanto, haveriam diferenças evidentes em cada um dos participantes do LIACC, individual e coletivamente. Isso não deveria representar para o grupo condutor uma decepção, muito menos produzir uma sensação de falência e descrédito nos processos educacionais, mas deveria

sim, servir como mobilizador para o exercício criativo para com esse grupo ou indivíduo, buscando-se abordagens centradas nas necessidades apresentadas. Ou seja, conferiu ao processo educacional um caráter permanente, espiral, de abordagem centrada nos indivíduos, e não meramente acumulativo, de transmissão passiva de conteúdos.

- 4º Incorporar no processo de Educação Permanente estratégias pedagógicas que promovessem Aprendizagem Significativa⁽¹⁴⁵⁾ fundamentadas na Andragogia (educação de adultos).

A aprendizagem significativa propõe que novos conteúdos sejam incorporados, a partir da valorização de conhecimentos prévios, promovendo associações cognitivas. Adultos somente modificarão suas práticas a partir da reflexão sobre aquelas já desenvolvidas. Para que novos conteúdos tenham valor à sua prática, deve-se estimulá-lo a perceber o sentido e aplicação do novo conhecimento na sua realidade⁽¹⁴⁵⁾. Quanto mais associações e aplicações concretas os profissionais de saúde fizessem, melhores seriam as possibilidades de se estimular as competências almejadas no MACC. Por isso, com exceção de alguns temas que eram absolutamente novos para a grande maioria dos participantes do LIACC, como os conceitos de Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado, onde se fizeram necessárias ações iniciais de caráter informativo e comunicativo como primeira etapa da estratégia educacional, a grande maioria dos aspectos necessários ao desenvolvimento das competências almejadas incorporou metodologias reflexivas sobre as práticas atuais, sejam individuais ou coletivas. *“O resgate da palavra e da escuta potencializa a mudança”*⁽¹³⁵⁾.

- 5º Rever e se apropriar de métodos pedagógicos adequados aos fins educacionais, compreendendo-se que também as estratégias educacionais deveriam ser entendidas como parte das “inovações” implementadas pelo LIACC, ou seja, tinha-se a liberdade de se adequarem aos objetivos, sem o compromisso estrito no acerto, mas também da experimentação. Os fundamentos teóricos das escolhas metodológicas prioritariamente pautaram-se nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem⁽¹³⁵⁾.

Buscou-se aplicação prática de diferentes estratégias pedagógicas, referenciando-se, sempre que possível, às metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Para Mitre et al.⁽¹³⁵⁾ *“as metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na invocação de Paulo Freire”*. O

processo ensino aprendizagem fundamenta-se no respeito à autonomia percebendo as necessidades de cada sujeito, respeitando-se sua dignidade. A abordagem deve ser progressiva, compreendendo que é o próprio indivíduo que constrói e reconstrói a sua história. Por isso a relação educador-educando deve ser sempre dialética, estimulada por meio do exercício da curiosidade, da emoção, da intuição, e da responsabilização. Deverá também promover a capacidade crítica, de perseverança na busca dos objetivos e a certeza de que as mudanças na prática são possíveis⁽¹³⁵⁾. A problematização é a principal estratégia de ensino-aprendizagem. Objetiva despertar, a partir da análise dos problemas, que o aluno faça suas próprias reflexões, relações e conexões com sua própria história, para que aí possa a ressignificar, atribuindo sentido prático aos novos conhecimentos e habilidades, exercitando sua liberdade e autonomia nas escolhas laborais, ou seja, despertando-se novas atitudes desejáveis⁽¹³⁹⁾. Os principais aspectos que devem ser observados na aprendizagem baseada em problemas são:⁽¹⁾ a aprendizagem significativa;⁽²⁾ a indissociabilidade entre teoria e prática;⁽³⁾ o respeito à autonomia;⁽⁴⁾ o trabalho em pequenos grupos;⁽⁵⁾ a educação permanente; e,⁽⁶⁾ a avaliação formativa⁽¹³⁵⁾. As principais estratégias pedagógicas utilizadas no LIACC foram:⁽¹⁾ exposições dialogadas;⁽²⁾ estudos de caso;⁽³⁾ narrativas;⁽⁴⁾ estudos autodirigidos;⁽⁵⁾ cine e vídeo disparadores;⁽⁶⁾ “rodas de conversa” que promoveram discussões em grupo de contextos e textos;⁽⁷⁾ análises de indicadores das CC e discussões em grupo com fins propositivos estratégicos; e,⁽⁸⁾ “círculos de cultura”⁽¹⁴⁶⁾. Para Mitre *et all.*⁽¹³⁵⁾:

“a discussão em torno da transformação é a pedra filosofal do processo. A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade”⁽¹³⁵⁾

- 6º Perceber em cada uma das equipes e dos trabalhadores de saúde os diferentes estágios no compromisso, apropriação teórica e na abertura para promover as mudanças objetivadas pelos processos educacionais, sem almejar que todos alcançassem ao mesmo tempo um “patamar” desejável.

Aspecto crucial da aprendizagem baseada em problemas é a centralidade nas necessidades dos educandos, objetivando torná-los cada vez mais autônomos,

capazes e maduros. Faz-se necessário romper com a postura de mera transmissão de informações. Aprendizes não podem mais ser vistos como receptáculos de conteúdos, devem ser ativos e protagonistas do seu processo de ensino-aprendizagem. Não são novas tecnologias de ensino que por si garantem mudanças de paradigmas educacionais. O reconhecimento das diferentes necessidades individuais e dos grupos, criando-se novas estratégias e oportunidades pedagógicas sempre que se fizerem necessárias são fundamentais. A equidade somente será possível se os papéis e interações entre educadores e educandos forem reconfigurados numa nova relação de mais igualitária de poder, promovendo-se ambientes que favoreçam a troca entre os saberes, onde o novo passa a fazer sentido concreto⁽¹³⁵⁾. Esse fundamento, a centralidade nas necessidades dos indivíduos e/ou grupos, trouxe ao grupo condutor do LIACC o desafio de promover processos educacionais que em essência já previam ser flexíveis e adaptáveis. Os conteúdos e habilidades almejadas na proposta de Educação Permanente não eram [nem poderiam ser] de forma alguma “neutras”. Elas objetivavam provocar profundas mudanças nos processos de trabalho, portanto, a cada um dos grupos que se aplicavam, deveriam estar previstas diferentes reações, posto que os sentidos ou significados dos problemas enfrentados eram absolutamente distintos a cada um dos indivíduos e grupos. Era importante, portanto, considerar que esses sentidos são sempre construídos a partir das suas histórias, seus contextos, seus conhecimentos prévios e das suas disponibilidades para conhecer algo novo e produzir, provocar e atuar de maneira diferente, estarem abertos à mudança. Isso fez com que, para alguns grupos as estratégias pedagógicas e oportunidades para discussão sobre os aspectos propostos fossem em muito maior número que outros. A não linearidade do ensino-aprendizagem foi o tempo todo debatida no grupo condutor do LIACC, e seguramente um grande desafio ao planejamento estratégico educacional.

Repensar os processos de Educação Permanente na SMS Curitiba no LIACC representou um enorme desafio para todos os sujeitos implicados. Uma constante superação de paradigmas educacionais tão característicos da instituição, que acabou por produzir efeitos transformadores não apenas nas equipes assistenciais, mas também na equipe gerencial do Grupo Condutor do CIS, que se percebeu efetivando uma política transversal e multiprofissional, rompendo com a visão fragmentada de formulação político-estratégica e de educação em saúde.

4.10 Sistemas de Informação da Clínica

Beatriz Battistella Nadas

Nilza Teresinha Faoro

Rosane Tumelero Fanchin

Segundo Mendes⁽¹³⁾, o sistema de informação clínica objetiva organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Essa organização acontece por meio da utilização rotineira de prontuários clínicos informatizados, da provisão de alertas, de lembretes e de *feedbacks* oportunos, tanto para os profissionais de saúde como para as pessoas usuárias, pela elaboração de um plano de cuidado, pelo compartilhamento de informações clínicas, pela identificação de populações relevantes em função de riscos e pelo monitoramento do desempenho da equipe e do sistema de atenção à saúde.

A utilização de um sistema de informação clínica que contemple os itens acima listados tem sido fundamental para o manejo das condições crônicas do indivíduo ou de uma população.

Sistema informatizado na Secretaria Municipal de Curitiba

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), desde 1998, vem implementando um ambicioso projeto, denominado Cartão Qualidade Saúde, que tem como objetivo alcançar a informatização integral de todos os processos técnicos e administrativos, voltados à saúde dos usuários do SUS/Curitiba, que se encontra sob sua plena gestão. Inicialmente denominado “Cartão Qualidade Saúde”, tem como objetivo fundamental vincular o registro de todos os eventos técnicos e administrativos ocorridos quando da relação de seus usuários com os estabelecimentos de saúde a serviço do Sistema.

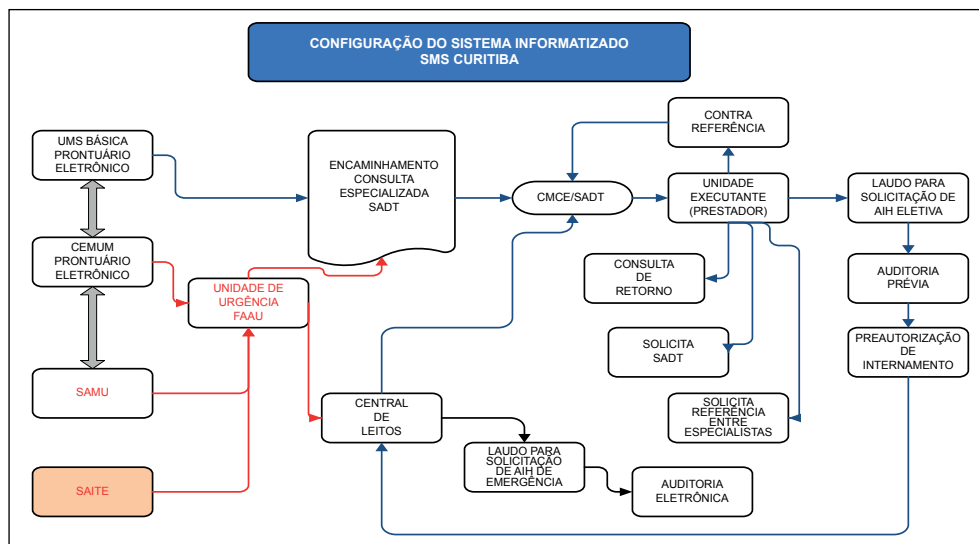
Com o passar dos anos e a disponibilização de novas tecnologias houve a necessidade de aperfeiçoamento do Sistema Informatizado com a utilização de ferramentas como JAVA, HIBERNATE e ORACLE e banco de dados em HQL (SQL e ANSI). Em janeiro de 2012, o sistema Cartão Qualidade Saúde foi substituído

em sua totalidade e passa a ser denominado “e-Saúde”. Dentre as inovações do novo sistema está a consonância com o Ministério da Saúde, utilizando-se do Cadastro do Usuário (Cartão Nacional de Saúde – CNS), do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e da Tabela Unificada de Procedimentos (TUP), considerados a base estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas ao monitoramento das condições de saúde da população brasileira.

O “e-Saúde” é um sistema integrado que, além de ser o próprio Prontuário Eletrônico do Paciente, também é caracterizado como um Sistema de Registro Eletrônico de Saúde – RES. Está configurado em módulos, agregando informações que possibilitam aos Gestores da Saúde Municipal acompanhar, supervisionar, regular, controlar e auditar os serviços prestados tanto nos estabelecimentos próprios como nos demais pontos de atenção à saúde que integram a rede SUS/Curitiba. Dentre os módulos que compõem o sistema e-Saúde destacamos o Prontuário Clínico Informatizado, o Laboratório, o Registro do Atendimento Ambulatorial de Urgência, a Central de Regulação de Internações Hospitalares, a Central de Regulação de Leitos, a Central de Regulação de Consultas Especializadas e Exames, a Central de Regulação de Procedimentos de Alto Custo, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e o Módulo Relatórios.

O fluxograma apresentado na Figura 33 retrata o sistema informatizado da SMS Curitiba, o qual viabiliza o registro dos atendimentos aos usuários SUS nos diversos pontos de atenção ambulatorial e hospitalar.

Figura 33. Configuração do Sistema Informatizado desenvolvido pela SMS Curitiba (1998/2012)



Fonte: CURITIBA, 2012.

Prontuário Clínico Informatizado

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) tem como principal objetivo o registro dos atendimentos a usuários nas Unidades Municipais de Saúde, as quais são “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde (SUS) em Curitiba, com responsabilidade sanitária pela população residente em seu território, pelo cadastramento e monitoramento das condições de saúde desses indivíduos. O acesso à assistência a saúde nestas Unidades acontece por meio da procura direta para atendimentos médicos, de enfermagem ou em odontologia, quer a partir de uma avaliação de risco, de uma consulta pré-agendada ou de um atendimento programado. Constitui-se num potente instrumento de compartilhamento de informações dos usuários em atendimento para todos os profissionais envolvidos.

Prontuário Clínico Informatizado no Acompanhamento a Usuários em Condições Crônicas (Ações Programadas)

A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no município de Curitiba teve como marco inicial a definição de quais as condições crônicas que passariam a ser monitoradas por meio desse novo modelo de atenção. Com base em indicadores de saúde foram elencados os programas de atenção ao hipertenso, ao diabético e à depressão.

O registro eletrônico dos atendimentos a usuários inscritos em ações programadas inicia-se pela inscrição desse usuário a ação programada correspondente a sua condição crônica. Estabelecido esse cadastramento todos os profissionais de saúde se beneficiam de informações relevantes para subsidiá-los na construção do plano de cuidado a esse indivíduo. O sistema integra informações relativas à assistência à saúde prestada a esse usuário nos diversos pontos de atenção, com destaque para a assistência farmacêutica, para os exames laboratoriais, para os atendimentos em situação de agudização da condição crônica e para atendimentos referenciados em ambulatórios especializados e assistência hospitalar.

As figuras a seguir retratam as telas do sistema informatizado com as informações correspondentes às condições crônicas (ações programadas) em acompanhamento na SMS.

Condição Crônica Hipertenso (Cadastro Programa do Hipertenso)

Segundo o Protocolo de Hipertensão da SMS, para cadastrar um usuário no Programa do Hipertenso, foram elencadas informações imprescindíveis, para que tanto os usuários como o profissional de saúde as usufríssem. É obrigatório o registro da classificação por risco pelos profissionais da equipe da UBS vinculados ao acompanhamento do usuário, as complicações ou problemas específicos como fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e condições clínicas associadas.

Figura 34. Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa Hipertenso

The screenshot displays the 'CADASTRO PROGRAMA HIPERTENSO' interface. It includes fields for 'Nome' (Name) and 'Idade' (Age), with the age set to '21 ANOS E 10 DIAS'. The 'Programa' dropdown is set to 'HIPERTENSO'. The 'Classificação' section has two expandable lists: 'Risco I' and 'Risco II'. The 'Complicações/Problemas Específicos' section contains three lists of checkboxes for conditions such as 'DIABETES MELLITUS TIPO 2', 'DIFUSÃO PUNTO DE SANGUE DIO', 'DIFUSÃO PUNTO DE SANGUE', 'DEBILIDADE', 'INSUFICIÊNCIA RENAL', 'INSUFICIÊNCIA CARDÍACA', 'INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA', 'INSUFICIÊNCIA TRANSTÓRICA', 'INC', 'DEFICIT VISUAL PARA REFRAÇÃO', 'IAM', 'INSUFICIÊNCIA CARDÍACA', 'INSUFICIÊNCIA RENAL', 'NEURONIAS PERIFÉRICAS', 'OUTRAS COMPLICAÇÕES (MÚLTIPLAS)', 'PE DIABÉTICO', and 'SINDROME PERIFÉRICA'. The 'Profissionais' section has fields for 'Clínica Regional' and 'Centro Regional'.

Fonte. e-Saúde CURITIBA

Condição Crônica Diabete (Cadastro Programa do Diabético)

Para cadastrar um usuário no Programa do Diabético, da mesma forma que no cadastramento do Programa de Hipertenso, as informações devem seguir a Diretriz de Atenção a Pessoa com Diabetes, incluindo a classificação de risco, fatores de risco, complicações crônicas e exames comprobatórios da referida condição crônica.

Figura 35. Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa Diabético

The screenshot displays the 'Cadastro Programa Diabético' interface. Key sections include:

- Informações do usuário:** Fields for 'Nome' and 'Idade/Tempo Data' (set to 17 ANOS, 2 MESES E 19 D; Sexo: FEMENINO).
- Programa:** Dropdown menu set to 'DIABÉTICO'.
- Classificação:** Dropdown menu set to 'Diabético (DAPD 2010)'. A list of options includes 'DIABETOPANCREA A SOBRECARGA DE GLICOSE', 'DIABETOPANCREA DE JERMI ALTERADA', 'DIABETOS 1', 'DIABETOS 2 - RISCO BAIXO', 'DIABETOS 2 - RISCO ALTO', and 'DIABETOS 2 - RISCO BAIXO ALTO'.
- Complicações Programa Diabético:** A table with columns 'Cód.' and 'Descrição'. It lists various complications such as 'NEFROLOGIA', 'OPHTALMOLOGIA', 'DOENÇA CARDÍACA', 'DOENÇA RENAL', 'DOENÇA HEPÁTICA', 'DOENÇA PULMONAR', 'DOENÇA VASCULAR', 'DOENÇA ÓSSEA', 'DOENÇA DENTÁRIA', 'DOENÇA CUTÂNEA', 'DOENÇA OCULAR', 'DOENÇA AUDITIVA', 'DOENÇA NEUROLÓGICA', 'DOENÇA PSÍQUIATRA', 'DOENÇA GINECOLÓGICA', 'DOENÇA UROLÓGICA', 'DOENÇA PEDIÁTRICA', 'DOENÇA GERIÁTRICA', 'DOENÇA ONCOLÓGICA', 'DOENÇA INFECTOSA', 'DOENÇA ALÉRGICA', 'DOENÇA IMUNOLÓGICA', 'DOENÇA HEMATOLOGICA', 'DOENÇA NEFROLOGICA', 'DOENÇA CARDIOLOGICA', 'DOENÇA PULMONAR', 'DOENÇA GASTROENTEROLOGICA', 'DOENÇA RINOLARINGOLÓGICA', 'DOENÇA OTOLOGICA', 'DOENÇA ODONTOLÓGICA', 'DOENÇA DERMATOLOGICA', 'DOENÇA NEUROLÓGICA', 'DOENÇA PSÍQUIATRA', 'DOENÇA GINECOLÓGICA', 'DOENÇA UROLÓGICA', 'DOENÇA PEDIÁTRICA', 'DOENÇA GERIÁTRICA', 'DOENÇA ONCOLÓGICA', 'DOENÇA INFECTOSA', 'DOENÇA ALÉRGICA', 'DOENÇA IMUNOLÓGICA', 'DOENÇA HEMATOLOGICA', 'DOENÇA NEFROLOGICA', 'DOENÇA CARDIOLOGICA', 'DOENÇA PULMONAR', 'DOENÇA GASTROENTEROLOGICA', 'DOENÇA RINOLARINGOLÓGICA', 'DOENÇA OTOLOGICA', 'DOENÇA ODONTOLÓGICA', 'DOENÇA DERMATOLOGICA'.
- Exames:** A table with columns for 'Data', 'P.A.', 'Aval. PA', 'Aval. Glicemia', 'Aval. Hb. A1c', 'Testes', 'Fundoscopia', and 'Insulina'. The table is currently empty with the message 'Não há dados disponíveis'.
- Registros Obrigatórios para o P.S.:** A table with columns for 'Data Cadastro', 'Hemoglobina Glicada (último)', 'LDL', 'Glicose', 'Hb. A1c', 'Insulina', 'Testes', 'Fundoscopia', 'Insulina', and 'Testes de Filtração Glomerular'. The table is currently empty with the message 'Não há dados disponíveis'.

Fonte: e-Saúde CURITIBA

Condição Crônica Depressão (Cadastro Programa Saúde Mental)

Um usuário com diagnóstico de depressão é cadastrado no Programa de Saúde Mental e o mesmo é classificado segundo a vinculação do diagnóstico ao tipo de transtorno e complicações ou problemas associados.

Figura 36. Configuração do Sistema Informatizado para Cadastro no Programa de Saúde Mental

The screenshot displays the 'CADASTRO PROGRAMA SAÚDE MENTAL' interface. It includes the following sections:

- Informações do usuário:** Fields for Name, Age (22 ANOS, 1 MÊS E 17 DIAS), and Sex (FEMININO).
- Programa:** Dropdown menu set to 'SAÚDE MENTAL'. Fields for 'Data de Inscrição' (26/06/2013) and 'Data de Alta'.
- Classificação:** A list of conditions with checkboxes. The first item, '27.001.00 - TRANSTORNOS MISTOS RECORRENTES EM USO DE ALCOOL', is selected.
- Complicações/Problemas:** A list of associated conditions with checkboxes. The first item, '00.000.00 - Desintoxicação de Alcoolata', is selected.
- Desintoxicação de Alcoolata:** A section with a table for session data. The table has columns for 'Nº Sessões', 'Data Realização', and 'Observação'. The first row contains 'Não há dados disponíveis'.
- Cadastro de Sessão:** Fields for 'Nº de Sessão' (1) and 'Data Realização'.
- Profissionais:** Fields for 'Médico Responsável na UBS' and 'Enfermeiro Responsável', each with a 'Consulta Regional' dropdown and a 'Nome' text field.

Fonte: e-Saúde CURITIBA

Sendo o usuário cadastrado em um dos programas descritos acima, sempre que esse necessitar de um atendimento na rede SUS Curitiba, será permitido ao profissional logado no sistema e-Saúde usufruir das informações pertinentes a esse cadastro, como os alertas, os lembretes, medicamentos, exames de patologia clínica e atendimentos anteriores.

Alertas, Lembretes e *Feedbacks*

A Figura 37 demonstra alguns alertas disponíveis no sistema e-Saúde, bem como a indicação em qual Ação Programada o usuário está cadastrado, a data em que foram inseridos esses alertas e a descrição do respectivo alerta.

Figura 37. Configuração do Sistema Informatizado para Alertas e Lembretes

The screenshot displays the 'Registro de Pacientes - Ação Programada' interface. It is divided into two main sections: 'Programas' and 'Alertas'.

Programas: A list of health programs with checkboxes and status icons (green checkmarks or circles). The programs listed are:

- DIABÉTICO
- HANGENASE
- HIPERTENSO
- IDOSO
- SALUDE INTEGRAL DA MULHER
- SALUDE MENTAL
- TUBERCULOSE
- ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES

Alertas: A table showing alert configurations with columns for 'Alertas', dates, and status icons.

Alertas	17/10/13	17/10/13		
Diagnóstico	17/10/13	17/10/13	14/10/13	

Alertas (Detailed View): A table with columns for 'Data', 'Descrição', and 'Paciente'. It shows two entries:

Data	Descrição	Paciente
17/10/13	ERGO EDUCARO FORMAR RUC SEM LETS MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	PACIENTE ALERGICO A PENICILINA 1200 E OUTROS TIPOS DE ANT
17/10/13	ERGO EDUCARO FORMAR RUC SEM LETS MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	PACIENTE RECLASSIFICADA NO PROGRAMA DE QUARENTA E OITO DIAS DE SER MONITORADA PELA EQUIPE MENTALMENTE.

Fonte: e-Saúde CURITIBA

Plano de Cuidado

O Plano de Cuidado é um instrumento elaborado a partir das novas abordagens do acompanhamento dos usuários em condições crônicas. Portanto, considera-se que ainda está em construção, e até esse momento não foi informatizado. Esse processo acontecerá quando o mesmo atingir melhor formatação após um período de uso pelas equipes e usuários.

Compartilhamento de informações clínicas

O prontuário eletrônico integrado nos moldes do e-Saúde, é disponível através da *web* em todos os pontos de atenção da rede municipal, constituindo-se numa ferramenta primordial para os profissionais de saúde compartilharem as

informações clínicas registradas nos atendimentos dispensados ao usuário, uma vez que o histórico dos atendimentos se apresenta por ordem cronológica do registro do evento, bem como a incidência desses eventos.

Com o intuito de melhorar a integração entre usuário e equipe assistencial, está em construção no portal da SMS uma área exclusiva onde os usuários do SUS-Curitiba poderão interagir com a equipe de saúde por meio de mensagens eletrônicas, agenda de consultas programadas, resultados de exames de patologia clínica, orientações sobre seu Plano de Cuidado, entre outros.

Identificação de populações relevantes em função de riscos

A SMS adota a estratégia de territorialização desde 1989, com a definição de áreas de abrangência e população adscrita, e com a informatização do sistema em 1999 seguiu essa mesma estratégia. Todo usuário é cadastrado no sistema informatizado, a partir do seu domicílio, com identificação do cidadão, das condições de moradia e da condição socioeconômica.

O prontuário eletrônico favorece a identificação dos usuários passíveis de acompanhamento nas condições crônicas, destacadas nesse trabalho, tanto por meio dos diagnósticos registrados em atendimento em todos os pontos de atenção como pelo cadastramento acima citado.

Módulo Relatórios

O sistema informatizado e-Saúde por meio do módulo Relatórios possibilita o monitoramento das condições de saúde da população vinculada a cada UBS e o desempenho das respectivas equipes.

Esse módulo é composto por um conjunto de relatórios gerenciais estruturados e dinâmicos que podem ser acessados na UBS, Distrito Sanitário (DS) e SMS, entre eles relatórios administrativos de produção, acompanhamento dos programas estratégicos e relatórios dos serviços da epidemiologia e vigilância sanitária. Os relatórios produzidos podem ser impressos ou visualizados no for-

mato Portable document format (PDF), Hyper Text Markup Language (HTML) ou Business Intelligence (BI).

Além dos relatórios estruturados, há a possibilidade de gerar relatórios por demanda onde são geradas informações via banco de dados para desenvolvimento de uma avaliação específica.

Os relatórios são ferramentas para a equipe acompanhar e monitorar os usuários inscritos nos programas e ampliar a capacidade gerencial do sistema de saúde sob responsabilidade da SMS.

Para o monitoramento dos indicadores dos programas do hipertenso, diabético e depressão, são utilizados os relatórios gerados pelos registros dos atendimentos ou procedimentos realizados ao usuário, de forma a permitir o acompanhamento programado aos usuários inscritos na respectiva ação programada de acordo com sua classificação de risco, garantindo o aprazamento de atendimentos e monitoramento da equipe interdisciplinar.

Os relatórios disponíveis para o monitoramento das condições crônicas – hipertensão e diabete melito – disponibilizam um conjunto de informações sobre o perfil epidemiológico da área de abrangência/usuário como: endereço, microárea, faixa etária, classificação de risco, data da última consulta e assiduidade do usuário denominado relatório dinâmico. Os relatórios estruturados disponíveis são:

Programa de Hipertenso

- Total de inscritos em Programa Hipertenso – disponibiliza o total de inscrito no programa por faixa etária, sexo e classificação de risco.
- Total de inscritos no período – Hipertenso – disponibiliza o número de novas inscrições no programa, no período solicitado, permite a visualização por faixa etária, sexo e classificação de risco.
- Concentração de consultas/atendimentos para Hipertensos – disponibiliza o número de pacientes atendidos, o número de consultas realizadas pelo profissional médico e enfermeiro, atendimentos do auxiliar de enfermagem – por faixa etária e classificação de risco.

Programa de Atenção ao Diabético

- Total de inscritos em Programa – Diabético – disponibiliza o total de inscrito no programa por faixa etária, sexo e classificação de risco.
- Total de inscritos no período – Diabético – disponibiliza o número de novas inscrições no programa, no período solicitado, permite a visualização por faixa etária, sexo e classificação de risco.
- Concentração de consultas/atendimentos para diabético – disponibiliza o número de pacientes atendidos, o número de consultas realizadas pelo profissional médico e enfermeiro, atendimentos do auxiliar de enfermagem – por faixa etária e classificação de risco.
- Exames solicitados e coletados no período – Diabéticos por tipo e classificação – disponibiliza o exame solicitado, número de exames coletados por classificação de risco.
- Atendimento realizado na Odontologia – confirmar o nome do relatório.

Programa de Saúde Mental – Depressão

Para o monitoramento dos usuários cadastrados na condição crônica – Depressão, os dados são compilados por meio do CID no momento da inscrição no programa de Saúde Mental. Para essa ação programada, os relatórios permanecem em construção, portanto são viabilizados por demanda para fornecimento via banco de dados. Nesse sentido há necessidade de desenvolver funcionalidades para registro de atendimento dos usuários inscritos no programa de Saúde Mental – Depressão.

Considerações finais

Apesar dos avanços adquiridos com a implantação do sistema informatizado e-Saúde, é necessário desenvolver no prontuário eletrônico do paciente novas funcionalidades que permitam registros de informações específicas para avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em

Curitiba. Há necessidade de cruzar informações de atendimento realizado ao usuário frente ao tabagismo, plano de autocuidado apoiado, atividades de educação em saúde, depressão – PHQ9, bem como o desenvolvimento desses relatórios substituindo os registros manuais implantados atualmente nas UBS que fazem parte da pesquisa.

Capítulo 5 – A Pesquisa Avaliativa da Implantação do MACC em Curitiba

Simone Tetu Moysés

“Os homens com autoconfiança vêm, veem e vencem”

(Ahad Ha'am – 1856/1927)

Os desafios impostos à gestão municipal de saúde pela demanda da qualificação da atenção às condições crônicas em Curitiba conduziram a um processo de reflexão crítica e mobilização para mudanças com a implementação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária em Saúde. Assim, a decisão sobre a implantação das mudanças foi o primeiro passo.

Entretanto, a prática avaliativa já incorporada no modelo de gestão da saúde na cidade apontava para a necessidade de estabelecer um processo contínuo de avaliação desde os primeiros passos da implantação do LIACC, como suporte para a análise da extensão do sucesso das práticas, das dificuldades, dos efeitos esperados, bem como dos não intencionais produzidos a partir dessa mobilização gerencial e operacional.

Assim, avaliar a efetividade desse complexo processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto pelo Laboratório, seu impacto sobre o processo de trabalho na APS e sobre o perfil das condições crônicas de usuários, foi considerado estratégico para apoiar a tomada de decisão no âmbito da gestão local. A intenção era aprender com a experiência e, ao mesmo tempo, possibilitar a tomada de decisão qualificada sobre as correções necessárias ao longo do processo e sua continuidade e ampliação futura.

A aproximação com a Universidade, convidada a coordenar uma pesquisa avaliativa, demonstrou a preocupação com a qualificação da prática avaliativa para a construção de evidências da efetividade da experiência, ao mesmo tempo em que garantiu a validade da avaliação pela complementaridade de processos avaliativos internos e externos.

Esse capítulo descreve, em linhas gerais, o referencial teórico utilizado, a definição do desenho da pesquisa, a escolha e perfil das unidades amostrais, os indicadores de avaliação, bem como os resultados preliminares da experiência, já que trata-se de uma pesquisa ainda em curso.

5.1 Referencial teórico

Simone Tetu Moysés

Gerson Schwab

A avaliação de práticas ou intervenções no campo da saúde tem como principal objetivo apoiar a tomada de decisão⁽¹⁴⁷⁾. Avaliar implica a valoração de práticas e disponibilização de conhecimentos construídos a partir da análise de seu processo de desenvolvimento e resultados que suportem as decisões sobre sua continuidade, ampliação, correção ou mesmo suspensão⁽¹⁴⁸⁾.

Sua utilidade prática, portanto, está na redução de incertezas, na melhora da efetividade das ações e no fornecimento de subsídios para a tomada de decisões relevantes⁽¹⁴⁹⁾. Além disso, no contexto das instituições públicas de saúde, um processo avaliativo certamente desafia velhas ideias, fornece novas perspectivas e auxilia na reordenação da agenda política⁽¹⁵⁰⁾.

Para a condução de uma pesquisa avaliativa que responda a essas demandas, é preciso considerar aspectos como a definição do que avaliar e como avaliar, e garantir a participação dos interessados em todo o processo avaliativo.

O conhecimento e a evidência, como produto de uma cuidadosa avaliação, são necessários para tomar decisões. Entretanto, quando se tomam decisões políticas a partir daí, não basta apenas conhecer algo, é preciso entender o que, como e por quê. O estudo do processo, além de fornecer informações para reorientar os programas e intervenções, se transforma no insumo mais importante para entender e explicar a razão de um determinado resultado ou efeito. Assim, é de fundamental importância avaliar não só os resultados e impactos das intervenções, mas também o processo político e social pelo qual se passou até alcançar os objetivos. É necessário, portanto, prestar atenção na criação das condições necessárias para implantar uma intervenção com êxito⁽¹⁵¹⁾.

Portanto, avaliar as mudanças decorrentes da implementação de um novo modelo de cuidado às condições crônicas em Curitiba pressupõe a construção de robustas evidências da produção científica, baseadas tanto na avaliação do processo quanto dos resultados, seguindo os critérios propostos para julgar a intervenção a partir do momento de sua concepção. É preciso identificar se a mudança valeu a pena, confrontando objetivos e impactos alcançados; esta-

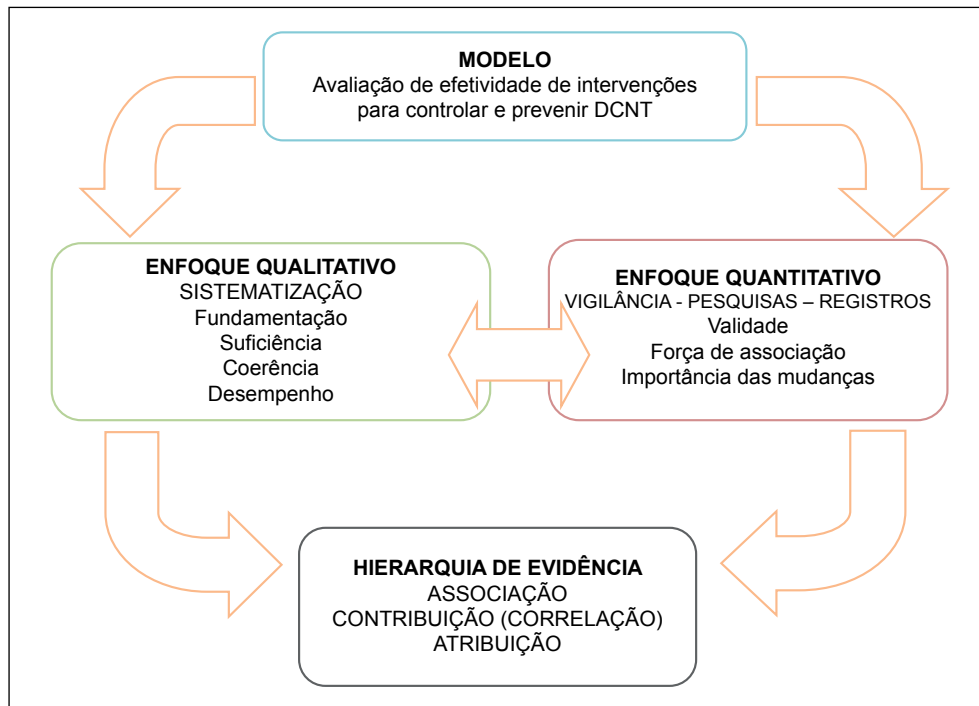
belecer associações de causalidade; medir, descrever e quantificar a associação entre variáveis e indicadores; além de compreender as razões das mudanças em diferentes contextos.

Além disso, considerar a avaliação como processo inerente à implantação do novo modelo de atenção permite orientá-la para responder aos diferentes interesses e perguntas de todos os envolvidos, de acordo com o ciclo de duração da intervenção, além de oportunizar um processo coletivo de aprendizagem e empoderamento, pelo desenvolvimento de competências e capacidade avaliativa na instituição^(152, 153). Assim se alcançará uma construção sistemática e participativa de provas de efetividade e uma reflexão sobre a prática em diversos momentos e por diferentes atores.

Intervenções em saúde, como as desenvolvidas no LIACC em Curitiba, são ações complexas que envolvem gestores, técnicos e usuários dos serviços, atuando em várias frentes no campo da gestão, da capacitação, das mudanças de comportamentos. Múltiplas estratégias precisam ser utilizadas para garantir a mobilização coletiva e a introdução de inovações no processo de trabalho de equipes da APS, muitas vezes envolvendo confronto de poderes, expectativas e capacidades para atuar. Sua complexidade, portanto, exige que a abordagem metodológica de avaliação a ser utilizada permita reconhecer a dinâmica dessa estratégia no contexto da APS e utilizar abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas, combinando estratégias e técnicas, garantindo precisão e validade dos resultados, bem como favorecendo a articulação de tempos técnicos e políticos⁽¹⁵¹⁾. A abordagem avaliativa deve ainda permitir a avaliação de efetividade da intervenção, no contexto da vida real, de forma a se beneficiar das oportunidades disponíveis em cada contexto local para indicar quais intervenções produzem resultados, e em que condições⁽¹⁵³⁾.

Um modelo de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis empregado na América Latina⁽¹⁵⁴⁾ é utilizado como referência nessa pesquisa avaliativa. Ele parte do pressuposto que é preciso empregar metodologias de avaliação adequadas para a análise dos processos e dos contextos locais de formulação e implementação de práticas complexas em saúde⁽¹⁵⁵⁾ (Figura 38).

Figura 38. Representação gráfica do modelo de avaliação

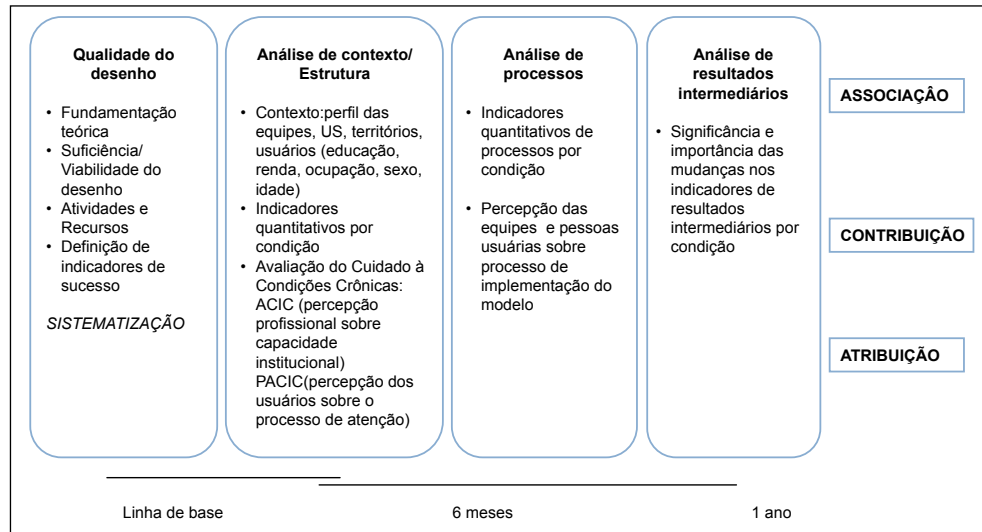


Fonte: Adaptação de DE SALAZAR, 2011.

Esse modelo de avaliação propõe três dimensões de análise para avaliar a efetividade das intervenções de saúde coletiva para prevenção e controle das CC: 1) avaliação da qualidade do marco lógico e desempenho da intervenção, tendo em conta o contexto e os fatores que podem influenciar a aderência às ações propostas; 2) o estabelecimento da importância e significância estatística das mudanças e prevalências dos eventos acompanhados; 3) a articulação das duas dimensões anteriores para atribuir as mudanças nas prevalências dos eventos acompanhados e avanços na criação de capacidades da intervenção implementada⁽¹⁵⁴⁾.

A Figura 39 apresenta a matriz de dimensões, variáveis e indicadores que compõem o modelo de avaliação proposto para orientar a análise sobre a efetividade da implementação do MACC em Curitiba.

Figura 39. A matriz de avaliação



Fonte: Adaptado de DE SALAZAR, 2011.

Com base na metodologia proposta por De Salazar^(154, 151), a matriz incluiu as seguintes dimensões: 1. Análise da qualidade do desenho da intervenção, incluindo a sistematização da experiência com foco na sua fundamentação teórica, suficiência e viabilidade de implantação, descrição de atividades e recursos, e definição de indicadores de sucesso. 2. Análise de contexto e estrutura, que possibilita conhecer o espaço sociocultural em que as ações estão sendo implantadas, tanto em relação ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto à percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade institucional e o processo de cuidado às CC. 3. Análise de processos em curso, buscando identificar mudanças em indicadores e no processo de trabalho, bem como na percepção das equipes e usuários sobre as mudanças ao longo do tempo. 4. Análise de resultados intermediários por condição de interesse: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito tipo 2 (DM2) e depressão. A partir dessas dimensões pretende-se construir evidências que permitam identificar a associação, contribuição ou atribuição das mudanças à intervenção.

Optou-se pela integração de técnicas avaliativas utilizando a abordagem de avaliação por triangulação de métodos⁽¹⁵⁶⁾, que consiste em um conjunto de

elementos e procedimentos que envolvem a autoavaliação, a presença de um avaliador externo e o envolvimento de avaliadores internos, abordagens quantitativas e qualitativas, o controle de grupos de comparação, a análise de contexto, da história, das relações, das representações e da participação, utilizadas para favorecer o melhor entendimento sobre o impacto da intervenção no contexto real da APS desenvolvida em UBS em Curitiba.

5.2 Desenho da Pesquisa Avaliativa

Simone Tetu Moysés

Gerson Schwab

O desenho proposto para a pesquisa avaliativa sobre a efetividade da implantação de inovações no modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba compreende duas fases, as quais vêm sendo desenvolvidas de forma concomitante: a primeira, composta por um estudo principal caracterizado como um estudo quase-experimental; a segunda, centrada em um estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde selecionada, a UBS Alvorada, descrita de forma mais detalhada em Moysés, Silveira Filho, Moysés⁽¹⁵⁷⁾.

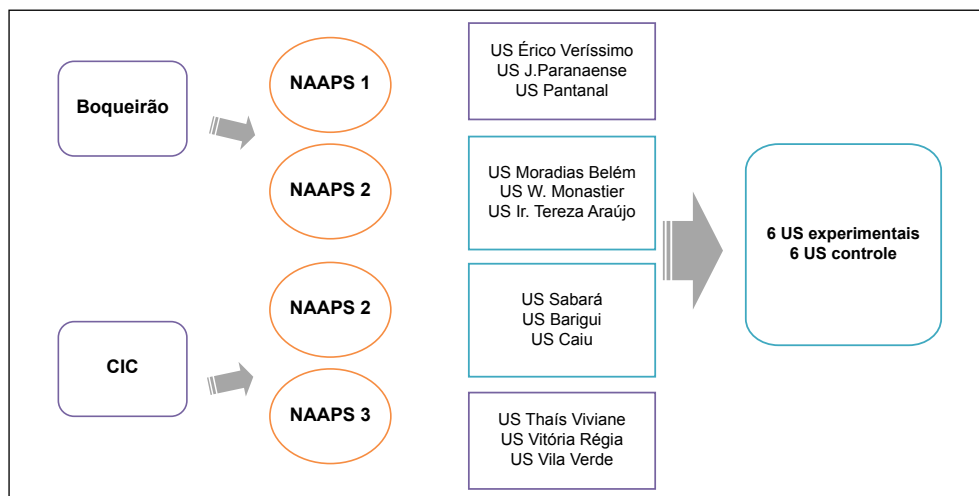
A opção por um estudo principal a partir de um desenho quase-experimental⁽¹⁵⁸⁾ se justifica pelo fato de que, no contexto de desenvolvimento da intervenção, não seria possível ter total controle tanto sobre o processo, quanto sobre o tempo de implementação das ações nas UBS, pois essas seriam implementadas de forma diferente e em diferentes circunstâncias em cada UBS participante do LIACC. Porém, era possível caracterizar o estudo com um experimento, já que seriam selecionadas UBS para comporem grupos de intervenção e controle, dentro de um mesmo Distrito Sanitário.

Para o estudo quase-experimental foram selecionadas, por critérios de similaridade, 12 UBS localizadas em dois Distritos Sanitários (DS), posteriormente divididas aleatoriamente para comporem o grupo de intervenção (3 em cada DS) e o grupo controle (3 em cada DS). No grupo de intervenção foram desenvolvidas as ações de implantação do novo modelo de atenção às condições crônicas e seus processos e resultados serão comparados com as UBS do grupo controle.

Considerando um dos pressupostos básicos do MACC a ser implementado em Curitiba, qual seja a disponibilização de suporte de uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento das ações inovadoras na atenção às pessoas usuárias com condições crônicas nos territórios de APS, utilizou-se como critério inicial para a seleção dos DS a presença de equipes completas de NAAPS, atendendo 3 UBS. Foram assim selecionados os DS Boqueirão, NAAPS 1 e 2, e CIC, NAAPS 3 e 4.

A Figura a seguir sintetiza o esquema de seleção utilizado.

Figura 40. Esquema de seleção das UBS participantes do LIACC



No processo de seleção das UBS foram considerados critérios de similaridade incluindo ser UBS atuando com a Estratégia de Saúde da Família (SF), número de equipes SF por UBS, número de Agentes Comunitários de Saúde, população da área de abrangência de cada UBS e do NAAPS, população cadastrada, número de usuários, número de domicílios e perfil da comunidade assistida.

A segunda fase da pesquisa é caracterizada como um estudo de caso, desenvolvido na UBS Alvorada, selecionada por seu perfil de gestão, das equipes responsáveis pela APS e da população atendida em seu território de atuação.

O estudo de caso é um método de pesquisa que analisa as circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um contexto. Por meio de um estudo de caso é possível explorar em profundidade uma realidade, retrospectivamente e ao longo do tempo, por meio de observação, entrevistas e registros de informação⁽¹⁵⁹⁾.

O objetivo do desenvolvimento do estudo de caso na UBS Alvorada é conduzir uma análise em profundidade do processo de implantação da experiência em Curitiba, além de oportunizar um espaço para teste de estratégias inovadoras antes de sua incorporação por outras equipes que participam da pesquisa.

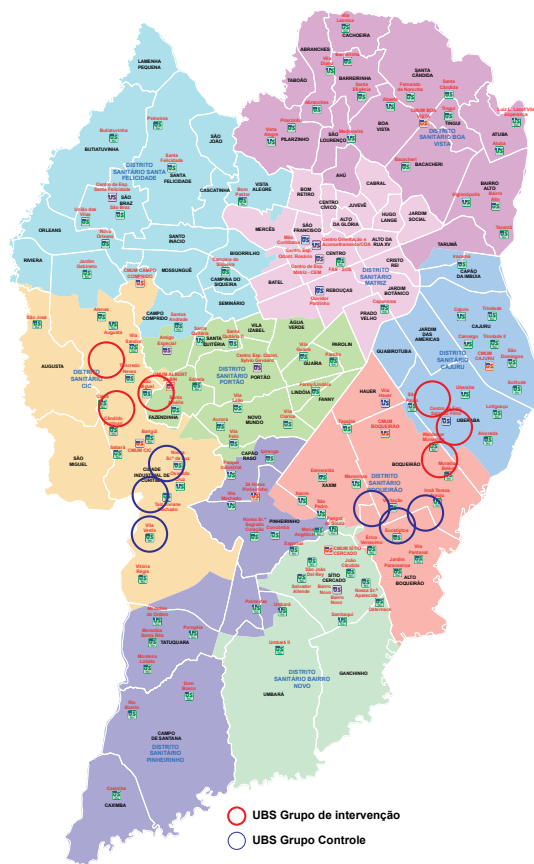
A realização do estudo de caso pretende identificar e revelar processos e resultados não lineares ou predeterminados durante a implantação das mudanças, gerando conhecimentos sobre intervenções no contexto complexo que contempla a integração de serviços e o envolvimento ativo das equipes e usuários nessa UBS.

5.3 As Unidades amostrais

Simone Tetu Moysés
Gerson Schwab

A Figura a seguir apresenta o mapa da cidade de Curitiba com a localização geográfica das UBS selecionadas para participarem do LIACC.

Figura 41. Localização geográfica das UBS selecionadas



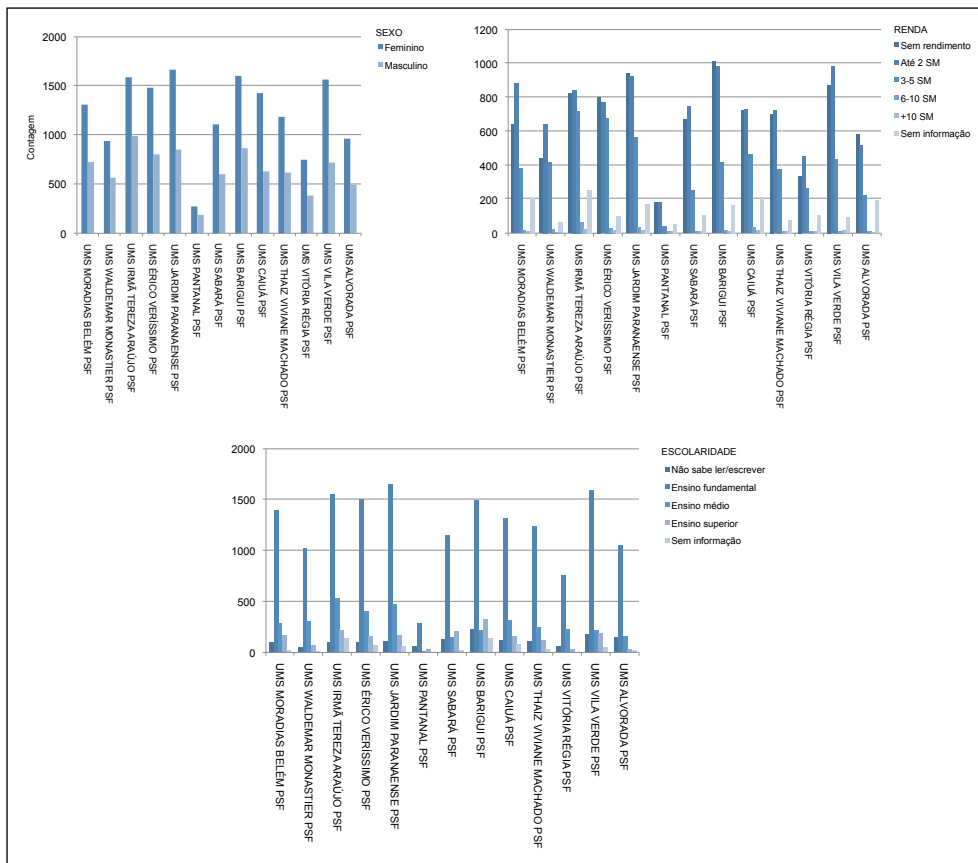
A análise preliminar do contexto onde as intervenções propostas pelo LIACC iriam acontecer teve como objetivo garantir que a heterogeneidade prévia no perfil da população atendida fosse considerada nas análises posteriores de resultados.

Assim, características sociodemográficas gerais, como a distribuição da população por grupos etários, gênero, ocupação, renda e escolaridade para cada uma das UBS envolvidas na pesquisa avaliativa foram analisadas, bem como a distribuição do número de pessoas cadastradas nas UBS vinculadas aos programas de HAS, DM2 e Depressão. A Figura 42 apresenta a distribuição da população por UBS por sexo, renda e escolaridade.

Ao todo, 25.367 pessoas cadastradas e vinculadas aos programas de HAS, DM2 e Depressão nas UBS poderiam ser atingidas pelas mudanças no modelo de atenção às condições crônicas propostas no LIACC. Desse total, maior prevalência foi encontrada com idade entre 45 a 70 anos. 65,5% eram mulheres e 34,5% eram homens. De acordo com os registros analisados, 34,5% da população não tinham renda, e 56,2% do total recebiam até 5 salários mínimos. Apesar da grande falta de registro sobre a ocupação da população cadastrada nas UBS, foi identificada uma significativa parcela de pedreiros, seguranças, condutores de veículos, auxiliares de escritório/contabilidade, comerciantes e vendedores entre os homens. Entre as mulheres, a maioria se dizia "do lar". Em torno de 58% da população haviam cursado o ensino fundamental, além de 6,6% de pessoas que não sabiam ler ou escrever.

DS CIC	Unidade de Saúde	Equipes SF	POPULAÇÃO 2009	POPULAÇÃO CADASTRADA	USUÁRIOS indicada SIAB	DOMICÍLIOS indicada SIAB	ACS	DM2 Ativo no programa	HAS Ativo no programa
NAAPS CIC 2	Sabará	04	13.488	14.341	12.820	3.621	16	288	832
	Barigui	04	16.624	17.411	15.623	4.234	15	335	1.079
	Caiuá	02	11.177	16.629	13.425	3.572	12	253	670
TOTAL		10	41.289	48.381	41.868	11.427	43	876	2.581
NAAPS CIC 3	Taiz V. Machado	04	12.242	13.273	11.902	3.108	14	242	669
	Vitória Régia	02	7.221	10.598	9.127	2.648	9	184	442
	Vila Verde	03	13.888	15.662	13.832	3.641	12	280	1.011
TOTAL		09	33.351	39.533	34.861	9.397	35	706	2.122
DS BOQ	Unidade de Saúde	Equipes SF	POPULAÇÃO 2009	POPULAÇÃO CADASTRADA	USUÁRIOS indicada SIAB	DOMICÍLIOS indicada SIAB	ACS	DIABETES Ativo no programa	HIPERTENSÃO Ativo no programa
NAAPS Boq1	Érico Veríssimo	03	12.884	13.347	12.041	3.438	9	356	897
	J. Paranaense	03	11.687	13.331	11.461	3.077	11	371	831
	Pantanal	02	2.638	3.450	3.007	724	4	62	174
TOTAL		08	27.209	30.128	26.509	7.239	24	789	1.902
NAAPS Boq 2	Moradas Belém	03	12.222	12.625	10.972	3.013	12	357	960
	W. Monastier	03	10.796	9.824	9.550	2.705	10	252	620
	Ir. Tereza Araújo	03	12.884	13.726	12.343	3.496	9	437	1.085
TOTAL		09	35.902	36.175	32.865	9.214	31	1.046	2.665

Figura 42. Perfil de distribuição da população cadastrada por UBS de acordo com sexo, renda e escolaridade



A Tabela 1 apresenta a distribuição da população por UBS de acordo com sua vinculação aos programas de DM2, HAS e Depressão.

Tabela 1. Distribuição da população cadastrada por UBS de acordo com sua vinculação aos Programas de DM2, HAS e Depressão

	NÚMERO DE INSCRITOS POR PROGRAMA			Total
	DM2	HAS	DEPRESSÃO	
UNIDADES INTERVENÇÃO				
UBS ALVORADA	257	850	412	1.519
UBS BARIGUI	445	1.577	562	2.584
UBS CAIUÁ	390	1.075	687	2.152
UBS SABARÁ	361	1.097	321	1.779
UBS IRMA TEREZA ARAÚJO	566	1.732	417	2.715
UBS WALDEMAR MONASTIER	381	975	217	1.573
UBS MORADIAS BELÉM	435	1.282	406	2.123
UNIDADES CONTROLE				
UBS JARDIM PARANAENSE	556	1.464	619	2.639
UBS PANTANAL	69	225	156	450
UBS TAIZ VIVIANE MACHADO	332	1.113	440	1.885
UBS VILA VERDE	382	1.404	609	2.395
UBS VITÓRIA RÉGIA	234	665	267	1.166
UBS ÉRICO VERÍSSIMO	562	1.490	335	2.387
Total	4.970	14.949	5.448	25.367

5.4 Construção dos Indicadores de Avaliação

Simone Tetu Moysés

Gerson Schwab

Avaliar implica análise das mudanças provocadas por intervenções, não apenas dos resultados obtidos, mas também da apropriação, viabilidade e sustentabilidade do processo político que produziu as mudanças, além da capacidade institucional das equipes e da população local para intervir⁽¹⁵⁵⁾. É preciso, portanto, identificar a informação necessária e definir como se pode medir ou fornecer dados para mensurar resultados e processos a partir de indicadores.

Indicadores são os critérios que permitem mensurar a mudança produzida como consequência da intervenção que está sendo avaliada. Um indicador é uma medida, de característica quantitativa ou qualitativa, com significado particular, utilizada para organizar e captar as informações relevantes sobre o objeto da observação. Um indicador adequado deve especificar a qualidade ou quantidade de mudança esperada, a medida utilizada e para quando se espera que seja alcançado (161-162).

A construção de indicadores de avaliação no LIACC foi conduzida de forma participativa, envolvendo os pesquisadores da Universidade parceira e os técnicos responsáveis pela implementação das ações para mudança do modelo de atenção. Esse processo inclui a definição do que se queira avaliar, a seleção de indicadores, a identificação das fontes e disponibilidade das informações necessárias, além da organização dos indicadores de acordo com a matriz de avaliação proposta e as condições crônicas priorizadas.

Definição do que se quer avaliar e medir

Para avaliar as mudanças ocorridas em consequência da implantação das abordagens inovadoras na atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde em Curitiba seria necessário considerar como linha de base a realidade do perfil da população atendida, dos processos de atenção à saúde desenvolvidos pelas equipes locais, incluindo o reconhecimento das diretrizes propostas nos

protocolos de atenção, bem como representações sociais e papéis de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Considerando a priorização de implantação de inovações centradas na atenção a hipertensão, diabetes e depressão, bem como o desenho da pesquisa avaliativa, era preciso definir quais as mudanças esperadas, quanto e como essas mudanças seriam medidas e quando se esperava alcançá-las.

As mudanças esperadas pelo grupo condutor compreendiam aspectos ligados a resultados, processos e percepções locais em cinco dimensões vinculadas às principais ações propostas na implantação no novo modelo de atenção:

- 1) Mudanças no perfil de risco às condições crônicas priorizadas.
- 2) Mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção primária, com ampliação da capacidade de diagnóstico de risco das populações, reforço à integração multidisciplinar e desenvolvimento de estratégias de suporte para controle de fatores de risco e autocuidado apoiado.
- 3) Ampliação das ações sobre fatores de risco às condições crônicas priorizadas e de seus registros pelas equipes (tabagismo, depressão, alimentação e atividade física).
- 4) Mudanças na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas.
- 5) Mudanças na percepção dos usuários sobre o processo de atenção.

Seleção de indicadores específicos

A escolha apropriada de indicadores deve basear-se em alguns critérios, tais como a associação conceitual com aquilo que será medido, a possibilidade de observação no tempo, capacidade de mensuração, confiabilidade, simplicidade e compreensão por parte de todos os envolvidos na avaliação.

Um aspecto importante a ser considerado seria o tempo necessário para observação de mudanças nesses resultados em saúde. Condições crônicas estão vinculadas a determinantes sociais, ambientais, comportamentais e biológicos, os quais somente podem ser modificados em longo prazo. Assim, por exemplo, utilizar como indicador de mudanças em resultados de saúde a “redução de 30% nos casos de diabetes na população atendida no território de atuação de

equipes de atenção primária em saúde, no prazo de um ano”, que é o tempo previsto para a avaliação da implantação do modelo após o início de sua implantação, certamente seria inadequado, pois mudanças observáveis no perfil de ocorrência da doença somente ocorreriam em longo prazo. Indicadores de resultados intermediários, tais como mudanças no perfil de risco e na gravidade dos casos de diabetes podem ser mais adequados para medir mudanças nesse período de tempo.

Portanto, era necessário identificar indicadores que pudessem contemplar a mensuração de mudanças em resultados de saúde ligados à hipertensão, diabetes e depressão, no tempo previsto para a avaliação. A escolha foi feita com base na literatura disponível, nos protocolos de atenção utilizados (baseados em evidências), na disponibilidade de informações no sistema de informação institucional e-Saúde, e no conhecimento de gestores dos programas e do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde.

Foram então selecionados indicadores de resultados intermediários, de processos e de percepções coletivas. Para avaliar mudanças na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas, e as mudanças na percepção dos usuários sobre o processo de atenção, foram utilizados os instrumentos propostos pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*⁽¹⁶³⁾. Esses instrumentos foram inicialmente submetidos a um processo de validação transcultural, que será descrita mais adiante, sendo que variações nos valores obtidos serão utilizadas como indicadores de mudanças nas dimensões avaliadas.

Identificação das fontes e disponibilidade das informações

A definição das fontes de informação para construção dos indicadores de avaliação selecionados foi baseada na acessibilidade a essas informações, quer seja por meio de registros e relatórios disponibilizados pelo Sistema de Informação em Saúde (e-Saúde), quer seja pelos registros manuais do processo de atenção feitos pelas equipes de saúde da família envolvidas. Maior detalhamento sobre as informações disponíveis pelo e-Saúde consultar Moysés, Faoro, Luhm⁽¹⁶⁴⁾

Organização dos indicadores para coleta e análise

Com base na disponibilidade e viabilidade de informações foi construído um quadro de indicadores organizados para cada condição priorizada. Foram aí incluídas as dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados, para facilitar a sistematização dos dados.

A utilização desses indicadores para avaliar as mudanças implantadas com a experiência do Laboratório de Inovações em Curitiba foi estabelecida para apoiar a construção de estratégias e ações na atenção às condições crônicas e dar suporte à tomada de decisão para implantação do novo modelo de atenção nas unidades de saúde de Curitiba.

Os Quadros 32, 33 e 34 apresentam os indicadores selecionados para avaliação por condição priorizada.

Quadro 32. Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de HAS

HIPERTENSÃO				
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS
Perfil de risco	Pressão arterial	% de pessoas com PA <=140-90 (baixo – médio risco) % de pessoas com PA <=130-80 (alto-muito alto risco)	e-Saúde	Linha de base 1 ano
	LDL	% de pessoas com LDL <=100 (alto-muito alto risco) % de pessoas com LDL <=130 (baixo – médio risco)		Linha de base 1 ano
PROCESSO				
Processo de trabalho Ações sobre fatores de risco	Tabagismo	% de fumantes hipertensos encaminhados para abordagem intensiva para cessação do tabagismo	registro UBS	1 ano
	Depressão	% de hipertensos que realizaram PHQ-2 anual	registro UBS	Linha de base 1 ano
	Excesso de peso	% de hipertensos com excesso de peso (IMC acima de 25) % hipertensos com excesso de peso que participou de 3 ou + encontros do programa de reeducação alimentar (considerar parâmetros de sobre peso por idade)	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano
	Prática corporal	% de hipertensos com encaminhamento para prática corporal	registro UBS	1 ano
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano
	Prescrição de Estatina	% de HAS alto e muito alto risco com LDL>100 sem prescrição de estatina	e-Saúde registro UBS	Linha base 1 ano

Quadro 33. Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de DM2

DIABETE				
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS
Perfil de risco	Hemoglobina glicada	% de pessoas com resultado ≤ 7 Média hemoglobina glicada na população vinculada ao programa	e-Saúde	Linha de base 1 ano
	Pressão arterial	% de pessoas com PA $\leq 130-80$		Linha de base 1 ano
	LDL	% de pessoas com LDL ≤ 100		Linha de base 1 ano
PROCESSO				
Processo de trabalho Ações sobre fatores de risco	Exame dental (anual)	% de pessoas com exames realizados	e-Saúde	Linha de base 1 ano
	Exame do pé diabético (anual)	% de pessoas com exames realizados	e-Saúde registro UBS	1 ano
	Exame oftalmológico (anual)	% pessoas encaminhadas para consulta oftalmológica % de pessoas agendadas para consulta	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano
	Tabagismo	% de fumantes diabéticos que concluíram tratamento intensivo para cessação do tabagismo	registro UBS	Linha de base 1 ano
	Depressão	% de diabéticos cadastrados no Programa de Saúde Mental com depressão % de diabéticos que realizaram PHQ-2 anual	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano
	Excesso de peso	% de diabéticos com excesso de peso (IMC acima de 25) % diabéticos com excesso de peso que participou de 3 ou + encontros do programa de reeducação alimentar (considerar parâmetros de sobre peso por idade)	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano
	Análise albuminúria nos últimos 12 meses	% de diabéticos que realizaram análise de albuminúria nos últimos 12 meses	e-Saúde	Linha de base 1 ano
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano
	Encaminhamento para serviços especializados de endocrinologia	% de diabéticos de médio risco encaminhados para serviços especializados de endocrinologia conforme critérios definidos pelo Protocolo	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano
	2 exames de hemoglobina glicada/ano	% de diabéticos que realizaram 2 exames de hemoglobina/ano	e-Saúde	Linha de base 1 ano

Quadro 34. Dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados para a condição de Depressão

DEPRESSÃO					
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS	
Processo de trabalho	Diagnóstico de depressão	% de novos casos de depressão diagnosticados na população de usuários	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano	
	Monitoramento do tratamento	% de usuários com depressão com reavaliação em intervalo entre 6 semanas e até 2 meses do início do tratamento	registro UBS	Linha de base 1 ano	
	Impacto do tratamento	% de usuários com depressão com redução em 50% do escore do PHQ-9	registro UBS	1 ano	
		% de usuários com depressão com PHQ-9 <5 no período de 6 meses			
	PROCESSO				
	Utilização PHQ-9	Número de diagnósticos de depressão feitos com auxílio de PHQ	registro UBS	1 ano	
	Registro PHQ-9	% de usuários com depressão com registro de PHQ nos últimos 6 meses após data do diagnóstico	registro UBS	1 ano	
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano	
Encaminhamentos para Psiquiatria	% de usuários com depressão encaminhados para psiquiatra conforme protocolo clínico	e-Saúde registro UBS	Linha de base 1 ano		

5.5 Validação Transcultural dos Instrumentos para Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas

Simone Tetu Moysés

Solena Ziemer Kusma

Gerson Schwab

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), utilizado como referência para a condução de estratégias do LIACC em Curitiba, baseia-se na interação entre pessoas usuárias ativas e informadas, e equipes de saúde proativas e preparadas para atender as demandas de atenção da população sob sua responsabilidade.

Esse Modelo preconiza que a qualificação da atenção às condições crônicas no âmbito da APS depende de elementos-chave ligados ao sistema de atenção à saúde, incluindo: a organização da atenção, o desenho do sistema de prestação de serviços, o apoio às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado, além da articulação com os recursos da comunidade.

Para avaliar e monitorar a implementação desse Modelo e sua adequação em sistemas de atenção à saúde, seus idealizadores do *MacColl Institute for Health Care Innovation*⁽¹⁶³⁾ propuseram dois instrumentos: o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português, e o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas.

O ACIC permite a avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Esse instrumento é composto pelos seis elementos-chave vinculados ao desenvolvimento do MACC, mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes.

O profissional ou as equipes devem apontar o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado em relação às CC consideradas. A pontuação mais alta⁽¹¹⁾ em cada dimensão indica um local com recursos e estrutura ótimos para a atenção às CC. A menor pontuação possível (0) corresponde a um local com

recursos e estrutura muito limitados. O quadro a seguir apresenta as dimensões avaliadas e a interpretação dos resultados do ACIC.

Quadro 35. Dimensões e interpretação de resultados do instrumento ACIC

DIMENSÕES	CONCEITO
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permite maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.
Suporte à Decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.
Sistema de Informação Clínica	Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).
Interpretação dos resultados Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas	

Fonte: Adaptado de *MacColl Institute for Health Care Innovation*, 2012.

O instrumento PACIC enfatiza as interações entre usuários e equipes responsáveis pela atenção, em especial aspectos do apoio ao autocuidado, e compreende a avaliação pelos usuários da frequência com que são criadas oportunidades para sua adesão ao tratamento. Contempla também a compreensão do modelo de atenção e suporte à sua participação na tomada de decisão sobre

a condução do tratamento, definição de metas, apoio a resolução de problemas e contextualização do aconselhamento, além de sua percepção sobre a coordenação da atenção e acompanhamento pela equipe local.

Uma pontuação média é obtida da soma das respostas às 20 questões do instrumento, dividido por 20. A pontuação varia de 1 a 5, com escores mais altos indicando a percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas CC.

Esses instrumentos foram identificados como importantes indicadores de avaliação do contexto e estrutura na implantação do MACC na experiência de Curitiba. Entretanto, os originais em inglês não permitiriam sua adequada utilização nesse contexto. Foi então conduzido um processo sistemático de validação transcultural, que permitisse incorporá-los como medidas confiáveis daquilo que se quer medir.

A validação transcultural, mais que uma validação semântica, é entendida como um processo que combine a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, a um processo meticuloso de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão a ser usada^(165, 166).

O objetivo dessa seção é descrever o processo de validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC que valide sua adaptação às características culturais e contextuais da atenção às condições crônicas na APS.

Método

A metodologia utilizada para o processo de tradução e adaptação do ACIC e PACIC seguiu as recomendações da OMS⁽¹⁶⁷⁾ para validação de instrumentos com o objetivo que mantenham a equivalência conceitual em culturas distintas. A Figura 43 representa os passos empregados nesse processo.

Figura 43. Passos para o processo de validação transcultural



Tradução

Inicialmente, a versão original foi traduzida para o português por um pesquisador Tradutor, familiarizado com a terminologia da área da saúde e APS, com conhecimento da língua e cultura inglesas, mas cuja língua materna é o português.

Uma abordagem de tradução dos instrumentos com ênfase conceitual e não literal foi empregada com o objetivo de adaptar a linguagem ao público-alvo e as características do modelo de atenção a saúde no contexto da APS.

Conforme proposto pela OMS⁽¹⁶⁷⁾, as seguintes diretrizes gerais foram consideradas nesse processo:

- Buscar o equivalente conceitual de uma palavra ou frase, não uma tradução palavra-por-palavra, isso é, não uma tradução literal, considerando a definição do termo original e buscando traduzi-lo da forma mais relevante.
- Tornar os termos o mais simples, claro e conciso possível, algumas vezes reduzindo o número de palavras para evitar frases longas que pudessem dificultar o entendimento.
- Adequar a linguagem utilizada considerando o público-alvo a ser entrevistado, buscando facilitar o entendimento das perguntas. No caso do ACIC, os profissionais de saúde atuantes na APS. No PACIC, as pessoas usuárias, na maioria das vezes populações mais vulneráveis social e economicamente.
- Evitar o uso de termos técnicos que não pudessem ser compreendidos, expressões idiomáticas ou vernáculos que dificultassem o entendimento das populações-alvo.
- Evitar termos associados a questões de gênero e de idade que pudessem ser considerados ofensivos foram evitados.

Uma versão inicial foi assim definida para os instrumentos ACIC e PACIC.

Painel de especialistas

Com base na primeira versão traduzida para os dois instrumentos, um painel bilíngue de especialistas (em inglês e em português) procedeu a análise e identificação de termos e conceitos considerados inadequados, tanto por discrepâncias em relação à versão original em inglês, como em relação ao contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), da Atenção Primária à Saúde e do perfil profissional e de pessoas usuárias dos serviços aos quais serão aplicados os instrumentos.

Participaram desse painel o tradutor original, um aluno de pós-graduação em saúde coletiva, uma pesquisadora com experiência em desenvolvimento de instrumentos e tradução, bem como o especialista responsável pela introdução dos instrumentos no Brasil, o qual já havia publicado uma versão inicial comentada em português⁽⁹⁶⁾. A partir das sugestões feitas pelo painel de especialistas foi construída uma nova versão dos instrumentos traduzidos para o português.

Retrotradução

A versão traduzida foi então retrotraduzida para o inglês por um tradutor independente, cuja língua materna é o inglês e que não tinha conhecimento dos instrumentos. Como na tradução inicial, a ênfase na retrotradução foi posta em equivalência conceitual, cultural e linguística, e não literal. As discrepâncias foram então discutidas pelo grupo de pesquisadores e ajustadas para se chegar a uma versão aplicável.

Pré-teste

A versão completa revisada em português após tradução, retrotradução e adequações foi então pré-testada em uma população-alvo composta por pro-

fissionais de saúde (para aplicação do ACIC) e pessoas usuárias dos serviços de atenção primária em saúde (para aplicação do PACIC), representativos daqueles aos quais serão aplicados os instrumentos.

Participaram do grupo ao qual foi aplicado o instrumento PACIC 13 pessoas usuárias com condições crônicas diagnosticadas há mais de 6 meses e atendidas na UBS Alvorada, de ambos os sexos, todos com mais de 18 anos, sendo dois não alfabetizados. O instrumento ACIC foi aplicado a três profissionais das equipes de SF da UBS Alvorada, incluindo uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. A aplicação dos instrumentos foi conduzida por dois pesquisadores e cinco alunos do Curso de Medicina da PUCPR, capacitados previamente, com o objetivo de explorar e registrar comentários e sugestões feitos pelos entrevistados sobre incompreensões de palavras, expressões ou inadequação de perguntas ao contexto vivenciado nos serviços de saúde.

Com o grupo de profissionais foi solicitado inicialmente que o instrumento ACIC fosse respondido individualmente e os comentários e sugestões foram então discutidos com o pesquisador responsável. Maior dificuldade para responder os itens perguntados foi demonstrada pela técnica de enfermagem. Todos os entrevistados sugeriram que o instrumento fosse respondido por consenso da equipe local, o que poderia melhor representar a percepção sobre a capacidade institucional local para atenção às condições crônicas. O tempo médio de resposta foi de 30 minutos.

Poucos ajustes no instrumento ACIC foram propostos pelos respondentes para a versão pré-testada, entre eles algumas adequações semânticas. Entretanto, nova revisão do instrumento foi conduzida pelos pesquisadores e pelo especialista responsável pela introdução dos instrumentos com o objetivo de adequar conceitualmente a terminologia à realidade do SUS no Brasil, o que resultou na versão final do instrumento.

A aplicação do PACIC para pessoas usuárias exigiu maior detalhamento que o instrumento aplicado aos profissionais. O instrumento foi administrado individualmente pelos pesquisadores por meio de entrevista em profundidade, interrogando os respondentes sobre cada item e registrando seus comentários e sugestões.

Mesmo assim, os respondentes demonstraram dificuldade de compreensão dos itens perguntados e da forma de registrar as respostas. Muitas dúvidas foram

registradas quanto ao significado de palavras como *plano de tratamento, metas, efeitos de medicamentos, condição crônica, encorajado, educador em saúde*. O tempo médio de resposta foi de 10 minutos.

Devido à significativa dificuldade de compreensão de itens do instrumento PACIC pelas pessoas usuárias respondentes, uma nova rodada de adaptações semânticas e conceituais foi conduzida pelos pesquisadores, dessa vez em conjunto com o grupo condutor do processo de implantação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS em Curitiba. As principais modificações propostas procuraram facilitar a compreensão pela população com a adequação dos termos ao contexto da atenção em saúde. Após a versão do instrumento ter sido readequada, essa foi aplicada a um novo grupo composto por 8 pessoas usuárias com condições crônicas. Suas observações ajudaram a definir a versão final do instrumento.

Versão final

A versão final do ACIC, apresentada na sequência do texto, foi aplicada a 34 equipes de saúde atuando nas 12 UBS envolvidas na pesquisa avaliativa do LIACC, mais a UBS Alvorada, após cada profissional participante ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conforme sugerido pelos respondentes participantes da primeira fase do pré-teste, e reforçado pelo especialista, dessa vez o instrumento foi respondido por consenso entre componentes das equipes. A média de componentes que participaram do preenchimento do instrumento por equipe foi de três. Os resultados da aplicação do ACIC, nessa amostra, favoreceram o registro de dados de linha de base sobre a percepção das equipes sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas.

A versão final do PACIC foi aplicada a uma amostra expandida de 532 pessoas usuárias com condições crônicas atendidas nas 12 UBS envolvidas na pesquisa avaliativa do LIACC, mais a UBS Alvorada. Para participar nessa fase da pesquisa, os respondentes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os objetivos da aplicação do instrumento PACIC nessa amostra permitiram aprofundar o processo de validação do instrumento por meio da análise

de reprodutibilidade, consistência interna e dimensionalidade, além de registrar informações de linha de base sobre a percepção do processo de atenção às condições crônicas das pessoas usuárias das UBS envolvidas. Os resultados desses processos serão apresentados posteriormente em outra publicação.

O processo de validação transcultural descrito foi desenvolvido no período de maio de 2011 a junho de 2012.

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Parecer CONEP 0288.0.084.000-11-9/11/2011; Protocolo CEP 6257).

Principais modificações e recomendações para adaptação cultural dos instrumentos para o português

ACIC

As modificações feitas no ACIC pautaram-se por aproximar terminologias e contextos vivenciados pelas equipes de saúde na APS no SUS.

No item correspondente ao elemento *articulação com a comunidade*, o componente “plano regional de saúde” foi substituído pelos componentes que exploram a institucionalização e participação do “Conselho Local de Saúde” e “Agentes Comunitários de Saúde”, mais adequado ao perfil das instâncias de organização da atenção e de participação no contexto do SUS.

No elemento *sistema de informação clínica* foi introduzido o componente “prontuário clínico eletrônico”, cuja disponibilidade é considerada importante como sistema de apoio ao MACC.

A recomendação da utilização do ACIC para analisar a percepção de equipes de saúde sobre a capacidade institucional sobre a atenção às CC a partir do consenso entre os profissionais já havia sido utilizado em outras pesquisas⁽¹⁶⁸⁾. O aprofundamento da discussão com o especialista, consultor da SMSC para implementação do LIACC, bem como com os profissionais que participaram do processo de validação do instrumento, evidenciou a adequação dessa estratégia

quando se considera a equipe local como a unidade responsável pela mudança e qualificação da atenção às CC, por meio da ação multidisciplinar.

PACIC

As modificações no PACIC foram determinadas especialmente pelo perfil da população de usuários dos serviços de saúde no âmbito do SUS. A baixa escolaridade, com impacto sobre a capacidade educacional funcional para leitura e compreensão, é parte da realidade de grande parte da população SUS dependente, em especial na faixa etária de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de condições crônicas.

Modificações de termos, expressões, inclusão de exemplos e focalização nos problemas de saúde ligados às CC foram algumas das estratégias utilizadas para adequação cultural do instrumento. Apesar de ter sido testada uma versão onde as afirmativas haviam sido substituídas por perguntas para facilitar a compreensão, na versão final do instrumento foi mantido o formato original das afirmativas, que se mostrou mais adequado.

A recomendação de que o instrumento seja aplicado por outra pessoa, e não utilizado na forma de um instrumento autoaplicável, foi reforçada por todo o grupo de pesquisadores responsáveis pelo pré-teste e aplicação na amostra expandida. A experiência vivenciada evidenciou a inadequação de sua utilização como instrumento autoaplicável pelo perfil da população-alvo.

As versões finais dos instrumentos ACIC e PACIC em português, após a validação transcultural, são apresentadas a seguir.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC

Esse instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

Instruções para o preenchimento

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde.

- 1. Responda cada questão** na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.

Indique o nome e tipo de local em análise: _____

- 2. Responda cada questão** explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.

Especifique a doença ou condição _____

- 3.** Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas. Para cada linha, **identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor** que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.
- 4. Some o total dos valores de cada seção** e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Avaliação da Atenção às Condições Crônicas

Parte 1: Organização da Atenção à Saúde: O manejo de políticas/programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas...	...não existe ou há pouco interesse.	...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.	...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).	...é parte de planos estratégicos de longo prazo, e há recursos humanos e financeiros comprometidos.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	...não existem ou se limitam a uma condição crônica.	...existem, mas não são revistas regularmente.	...são monitoradas e revistas.	...são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	...não são organizadas ou apoiadas de forma consistente.	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.	...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança superior da organização...	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.	...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde/6)_____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 2: Articulação com a comunidade: Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/manejo de condições crônicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	... não é feita sistematicamente.	... é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.	... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	... é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2 3	4 5	6 7 8	9 10 11
Parcerias com organizações comunitárias...	... não existem.	... estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	... estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	... são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5	6 7 8	9 10 11
Conselho Local de Saúde...	... não existe.	... existe, mas tem uma função cartorial.	... existe e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.	... existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2 3	4 5	6 7 8	9 10 11
Agente comunitário de saúde...	... não está incorporado à atenção às condições crônicas.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade	... está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.
Pontuação	0 1 2 3	4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade _____ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade/4) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Suporte à decisão. Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/Serviços de Saúde têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Esses componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte à decisão e os sistemas de informação clínica.

Parte 3: Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.	...espera-se que sejam realizadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suporte para o autocuidado apoiado...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.	...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	... não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	... é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	...é parte da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	... estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	... estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo transteórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado/4) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 4: Suporte à Decisão. O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Diretrizes clínicas baseadas em evidência...	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, mas não são integradas à atenção às condições crônicas.	... estão disponíveis e integradas às atividades de educação permanente dos profissionais de saúde.	... estão disponíveis, implantadas por educação permanente dos profissionais e integradas à atenção às condições crônicas por meio de alertas, <i>feedbacks</i> e incentivos para sua adoção pelos profissionais de saúde.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Envolvimento de especialistas no apoio à atenção primária à saúde...	...é feito por meio de referenciamento tradicional.	...é alcançado por meio da participação de especialistas, para aumentar a capacidade do sistema de atenção à saúde, implementando rotineiramente as diretrizes clínicas.	...inclui a participação de especialistas no processo de educação permanente das equipes de atenção primária em saúde.	...inclui a participação de especialistas que participam do processo de educação permanente dos profissionais da atenção primária à saúde, de sessões de discussão de casos clínicos e trabalho clínico conjunto.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Educação permanente dos profissionais de saúde para a atenção às condições crônicas...	...é feita esporadicamente.	...é feita sistematicamente por meio de métodos tradicionais de educação.	...é feita sistematicamente utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos para uma parte dos profissionais de saúde, com base nas diretrizes clínicas.	...é feita sistematicamente e inclui toda a equipe envolvida na atenção às condições crônicas, utilizando métodos educacionais adequados para a mudança de comportamento de adultos, com base nas diretrizes clínicas, e envolve métodos como gestão de base populacional e apoio ao autocuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação às pessoas usuárias sobre as diretrizes clínicas...	...não é realizada.	...é realizada quando a pessoa usuária solicita ou por meio de publicações.	...é realizada para pessoas usuárias específicas, por meio de material educativo para cada diretriz clínica.	...é realizada para a maioria das pessoas usuárias, por meio de métodos adequados de educação em saúde, específicos para cada diretriz clínica e inclui a descrição do papel da pessoa usuária para obter sua adesão à diretriz clínica.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Suporte às Decisões ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Suporte às Decisões/4) ____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 5: Desenho do sistema de prestação de serviços. A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Trabalho em equipe...	... não existe.	... é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	... é assegurado por meio de reuniões regulares das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	... é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança das Equipes de Saúde...	... não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	... é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	... é assumida pela instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	... está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de agendamento...	... não está organizado.	... está organizado só para o atendimento de urgência e algumas situações individuais programadas.	... está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo.	... está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento da condição crônica...	... não está organizado.	... é ofertado quando a pessoa usuária solicita.	... é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	... é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Atenção programada para as condições crônicas...	... não é utilizada.	... é utilizada ocasionalmente para pessoas usuárias com complicações.	... é uma opção para pessoas usuárias que se interessam por esse tipo de atenção.	... é utilizada regularmente para a maioria das pessoas usuárias, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e a atenção ao autocuidado apoiado por meio de consulta individual ou atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidade do cuidado...	... não é uma prioridade.	... depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou gestores do caso.	... a comunicação entre os profissionais da atenção primária e especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	... é uma alta prioridade e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço ____ Pontuação Média (Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço/6) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Prontuário clínico eletrônico...	...não está disponível.	...está disponível, mas é construído individualmente.	...está disponível e é construído com base familiar.	...está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	...não está disponível.	...está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.	...está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, segundo as diretrizes clínicas.	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco segundo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Alertas para os profissionais...	...não estão disponíveis.	...estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não definem os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.	...estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e definem intervenções necessárias no momento do atendimento.	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Feedbacks para a equipe de saúde...	...não estão disponíveis.	...são fornecidos em intervalos irregulares e de forma impessoal.	...ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	...são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	...não está disponível.	...está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	... está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.	...está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	...não é elaborado.	...é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária e inclui metas clínicas.	...é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica ____Pontuação Média (Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica/6) _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Parte 7. Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	... não é realizada.			... acontece quando solicitada ou por meio de publicações.			... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.			... é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistema de informação/registo clínico...	... não inclui metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.			... inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, metas de autocuidado apoiado, alertas aos profissionais e pessoas usuárias referente ao monitoramento das condições crônicas e reavaliação periódica das metas de autocuidado apoiado.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Programas comunitários...	... não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.			... fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.			... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, por exemplo, relatórios na internet.			... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades, por meio de instrumentos formais, que são utilizados para modificar os programas de acordo com as necessidades das pessoas usuárias.		
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Programação local das condições crônicas...	... não utiliza uma programação local.	... usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	... usa dados dos sistemas de informações para planejar proativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.	... usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar proativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	... não é realizado.	... realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.	... é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.	... é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	... não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	... são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajuda-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.	... são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Pontuação Total para Integração: _____ Pontuação Média (Pontuação para Integração/6): _____

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

**RESUMO DA PONTUAÇÃO
(TRAZER AS PONTUAÇÕES DO FINAL DE CADA SEÇÃO PARA ESTA PÁGINA)**

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde _____
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade _____
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado _____
4. Pontuação média para Suporte à Decisão _____
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços _____
6. Pontuação média para Sistema de Informação Clínica _____
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas _____
8. Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) _____
9. Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) _____

O que isso significa?

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta(11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

Entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;
 Entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;
 Entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;
 Entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de "5" em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário esse processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

Adapted from the Assessment of Chronic Illness Care, Version 3.5, Copyright 2000, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – PACIC

Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de saúde. Isso inclui seu médico, enfermeira e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com profissionais da equipe.

Durante os últimos seis meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde. (diabete, hipertensão ou depressão)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Incentivaram a participar de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Perguntaram como meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão) afeta minha vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Adapted from the Patient Assessment of Chronic Illness Care, Copyright 2004, The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative.

5.6 Resultados processuais da implantação do MAAC nas UBS de Curitiba

Simone Tetu Moysés

Gerson Schwab

Roberto Eduardo Bueno

Izabel do Rocio Costa Ferreira

São apresentados nessa seção resultados preliminares sistematizados a partir dos registros das ações desenvolvidas, das análises de informações coletadas como linha de base, incluindo os resultados da aplicação dos instrumentos ACIC e PACIC nas UBS de intervenção e controle, bem como análises dos processos observados a partir da implementação das ações, com base na percepção dos profissionais e pessoas usuárias vinculados às UBS de intervenção.

A temporalidade na implementação das ações

Para compreensão do processo de implementação das ações nas UBS de intervenção, é importante que sejam considerados os tempos institucionais, das equipes e das pessoas envolvidas. Todos os processos desencadeados nas UBS estavam condicionados pelos movimentos locais que conduziram mudanças em tempos e intensidades diferentes.

Desde a apresentação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e da formalização de realização do LIACC ao Conselho Gerencial, em junho de 2010, os movimentos de suporte, como a construção do interesse e compromisso coletivo e os processos iniciais de desenvolvimento de competências entre os profissionais, que respaldassem a introdução das inovações propostas no modelo de atenção junto às equipes, foram desenvolvidos ao longo do ano de 2011 e início do primeiro semestre de 2012. A introdução das tecnologias do Cuidado Compartilhado e do Autocuidado Apoiado ocorreu de forma mais sistematizada de abril a outubro de 2012. A Figura 44 apresenta a linha do tempo de implementação das ações do LIACC em Curitiba.

Figura 44. Linha do tempo das ações do LIACC.

2011							
Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Convite Supervisora DS Cajuru e ASL UBS Alvorada	Reunião com equipe local Disponibilização material de apoio	Reunião com médicos, enfermeiros, dentistas – autocuidado apoiado e cuidado compartilhado 1ª oficina do pé diabético Apresentação LIACC e CUCO para toda as equipes Roda de conversa com equipe – prática autocuidado apoiado Acompanhamento reuniões de grupos por equipe condutora do LIACC	Acompanhamento grupos locais autocuidado apoiado, pactuações e CUCO Participação evento de apresentação LIACC a UBS que serão envolvidas	Participação evento de alinhamento conceitual com todos grupo LIACC	Capacitação médicos para atenção ao diabético Disponibilização material de apoio	Capacitação médicos para atenção ao diabético Capacitação equipe sobre Depressão e uso do PHQ Oficina de trabalho com outras equipes de UBS – avaliação de confiança e motivação Capacitação para nutricionistas Capacitação sobre cuidado com pé diabético para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas	Disponibilização material de apoio abordagem motivacional, autocuidado apoiado, planilha de cuidado compartilhado Capacitação para médicos sobre insuliniização

2012					
Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atenção diabético (fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros)	2ª oficina cuidados com pé diabético com auxiliares de enfermagem Matriciamento médicos + especialistas para atendimento condições crônicas Reunião ASL e supervisoras	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atenção diabético (fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros) Treinamento em complicações DM e insuliniização para médicos e enfermeiros Reunião ASL	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem Oficina cuidados com pé diabético com auxiliares de enfermagem Evento assinatura de Carta de Cooperação. Lançamento do material de apoio (CUCO e Autocuidado Apoiado)	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atendimento de diabéticos	Capacitação ASB/TSB para atendimento de diabéticos

Esse contexto norteou o desenvolvimento da pesquisa avaliativa, uma vez que foi necessário considerar os momentos e a diversidade vivenciados na experiência para a coleta de dados.

Assim, a aplicação dos instrumentos ACIC e PACIC para caracterização inicial da percepção de profissionais e pessoas usuárias envolvidas se deu durante o primeiro semestre 2012, quando as UBS já haviam tido oportunidade de apropriação do referencial teórico do MACC, mas ainda estavam em processo inicial de organização para a ação.

A análise de processo, conduzida a partir da utilização da técnica de grupos focais, ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2012, 9 meses após o início do processo de introdução das tecnologias para o CUCO e Autocuidado Apoiado. Esse tempo foi necessário para possibilitar a captação de mudanças na percepção de profissionais e pessoas usuárias nas UBS de intervenção, já que o perfil e ritmo das equipes impuseram tempos diferentes para sua mobilização e vivência das novas tecnologias.

As informações de linha de base

A coleta de informações de linha de base inicialmente incluiu a sistematização de informações sobre o contexto das UBS participantes, com destaque para o perfil da população estudada e o registro dos indicadores selecionados para cada condição crônica priorizada. Essas informações foram coletadas das bases de dados do sistema de informação institucional e não serão exploradas nessa seção.

Para explorar a percepção dos profissionais sobre a capacidade instalada nas UBS para a implementação do MACC, considerando as dimensões da atenção às condições crônicas propostas pelo modelo, foi aplicado o instrumento ACIC a 34 equipes das 13 UBS envolvidas no LIACC.

Para a análise da percepção das pessoas usuárias sobre o processo de atenção às suas condições crônicas antes do início da implementação do MACC, foi aplicado o instrumento PACIC em uma amostra de 532 pessoas com condições crônicas atendidas nas UBS de intervenção e controle.

Os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados do ACIC

	Organização da atenção	Articulação com a comunidade	Autocuidado apoiado	Suporte à decisão	Desenho do sistema de prestação de serviços	Sistema de informação clínica	Integração dos componentes do modelo	Média de Pontuação total
UBS 1	9.6	7.0	7.5	8.5	9.8	6.5	5.8	7.8
UBS 3	8.8	8.0	7.5	9.0	8.6	8.6	6.6	8.1
UBS 4	6.2	4.4	7.4	5.1	6.1	5.4	5.4	5.7
UBS 5	5.5	6.3	6.9	5.6	6.0	5.0	5.9	5.9
UBS 6	7.5	5.3	5.8	6.4	8.0	7.0	5.5	6.6
UBS 8	7.3	6.2	8.9	6.2	9.1	5.2	5.2	6.8
UBS 9	6.5	3.9	4.2	3.9	5.8	4.3	2.7	4.4
UBS 10	9.1	10.0	9.6	9.9	10.5	11.0	10.1	10.0
UBS 11	6.6	6.9	7.4	6.5	7.9	7.2	5.9	6.9
UBS 12	5.5	5.8	6.0	4.4	7.3	5.8	5.3	5.7
UBS 13	8.3	7.0	9.7	8.7	9.8	9.4	7.8	8.6

Interpretação dos resultados
 Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas
 Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas
 Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas
 Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas

A avaliação das equipes locais das UBS envolvidas no LIACC, a capacidade institucional para o desenvolvimento do modelo de atenção às condições crônicas foi marcada pela heterogeneidade. A média de pontuação total variou entre 4.4 e 10.0.

Foram observadas diferenças tanto na avaliação total da capacidade institucional, como também nas dimensões analisadas. Aspectos ligados a articulação com a comunidade e a integração dos componentes do modelo de atenção apresentaram maior variação nas respostas. Isso pode demonstrar que as equipes identificavam dificuldades na articulação com a comunidade em relação ao seu envolvimento no cuidado às condições crônicas. Além disso, ainda havia pouca integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas.

Por outro lado, maior homogeneidade foi observada nas respostas relativas a organização da atenção e desenho da prestação de serviços, o que pode explicitar o reconhecimento por parte das equipes das metas organizacionais e

clareza das diretrizes de atenção programada às condições crônicas, além do reconhecimento da liderança institucional na condução do desenho de prestação de serviços.

A utilização do ACIC demonstrou que esse pode caracterizar-se como uma ferramenta importante para possibilitar a reflexão sobre o processo de trabalho na atenção às condições crônicas, além de favorecer o monitoramento do impacto da introdução de inovações na atenção e sua percepção pelas equipes que atuam nas UBS.

A percepção inicial das pessoas usuárias com condições crônicas atendidas nas UBS que participam do LIACC foi analisada por meio do PACIC. O instrumento foi aplicado na própria UBS durante a condução de grupos de hipertensos e diabéticos. A Tabela 3 apresenta os resultados sistematizados por UBS.

Tabela 3. Resultados do PACIC

	Adesão ao tratamento	Modelo de atenção Tomada de decisão	Definição de metas	Resolução de problemas Contextualização do acompanhamento	Coordenação da atenção Acompanhamento	Total
UBS 1	2.0	3.0	2.8	2.3	2.4	2.5
UBS 2	2.5	3.7	3.2	2.3	3.4	3.0
UBS 3	1.7	2.8	2.2	1.6	2.1	2.0
UBS 4	2.6	3.6	3.5	2.8	2.8	3.0
UBS 5	2.6	4.0	3.7	2.4	3.0	3.1
UBS 6	2.6	3.9	3.3	2.9	2.9	3.1
UBS 7	3.1	3.3	2.9	3.6	3.0	3.1
UBS 8	2.2	2.9	2.8	2.3	2.6	2.5
UBS 9	2.8	3.2	3.1	2.7	4.7	3.3
UBS 10	2.4	4.2	3.6	2.5	3.4	3.2
UBS 11	2.5	3.8	3.4	2.5	3.0	3.0
UBS 12	2.3	2.9	2.3	1.9	2.1	2.3
UBS 13	2.9	3.5	3.3	3.1	2.9	3.1

A pontuação varia de 1 a 5, com escores mais altos indicando a percepção de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado das condições crônicas.

Observou-se uma importante variação na percepção das pessoas usuárias quanto a atenção às condições crônicas entre as UBS participantes do LIACC. A

média da pontuação total do instrumento variou de 2.0 a 3.3. A maior pontuação foi observada na mesma UBS que obteve a maior pontuação pela avaliação da capacidade institucional pelos profissionais (UBS 9). As pontuações mais baixas foram observadas nas dimensões ligadas à adesão ao tratamento e a resolução de problemas e contextualização do acompanhamento, aspectos relacionados a participação na definição do tratamento e reconhecimento de estratégias que apoiem mudanças de comportamento. Os resultados permitem perceber a necessidade de ampliação das oportunidades de envolvimento e participação dos usuários na condução da atenção às suas condições crônicas, bem como maior suporte por parte das equipes responsáveis pelo cuidado.

Reflexões sobre o processo de implementação de mudanças

Após transcorridos 9 meses do início de desenvolvimento de atividades junto às equipes da UBS de intervenção, foi conduzida uma análise exploratória qualitativa da percepção dos profissionais e usuários sobre o processo de implantação das ações.

Utilizando a técnica do grupo focal, a condução das discussões coletivas com os profissionais foram orientadas pelas seguintes questões indutoras: i) análise da linha do tempo sobre as estratégias desenvolvidas no período que compreendeu os primeiros 9 meses; ii) identificação de eventos geradores, processos desencadeados e resultados das ações iniciais em desenvolvimento; iii) identificação de fatores facilitadores e dificultadores no processo; iv) identificação das lições aprendidas até o momento. Com o grupo de usuários os grupos focais exploraram a percepção sobre mudanças no processo de atenção às CC por eles vivenciadas. São apresentados os principais resultados agregados das 6 UBS de intervenção.

A percepção de profissionais

A presença dos profissionais de apoio do grupo condutor do LIACC nas UBS, introduzindo as novas tecnologias de cuidado e induzindo a reflexão das equipes

sobre o processo de atenção às condições crônicas, foi considerada como um dos aspectos mais significativos para mobilização e incorporação de mudanças pelos profissionais das equipes. A construção coletiva de processos locais, baseados no contexto daquilo que já era feito nas UBS em relação a atenção de grupos de hipertensos, diabéticos e grupos de saúde mental, possibilitava a definição de estratégias de adequação às mudanças e comprometimento das equipes.

Muitos profissionais destacavam a ansiedade causada no início do processo pelo entendimento de que seria mais trabalho a ser feito, em um processo de trabalho já sobrecarregado pela introdução das novas diretrizes de atenção e da classificação de risco. Entretanto, a maioria relatou que essa ansiedade foi amenizada quando as equipes descobriram que a proposta era “fazer diferente aquilo que já era feito”.

“... a gente já fazia... só que não tinha essa visão de deixar eles discutirem também... entre eles, trocaram informações, trocaram conhecimentos, experiências.”

Dessa forma, cada equipe foi gradativamente absorvendo os processos de reflexão e os movimentos de introdução de novas tecnologias de cuidado em tempos e por caminhos diferentes. Para os profissionais de algumas UBS ficou clara a distinção entre os movimentos das diferentes equipes dentro de uma mesma UBS. As resistências pessoais, o apoio da gestão local, o perfil de vínculo entre os membros das equipes, as relações de poder, e mesmo a falta de compreensão do que estava sendo proposto, favorecia que em algumas UBS apenas uma ou duas equipes tivessem desencadeado processos de mobilização para estabelecer planos de autocuidado, ou desenvolver grupos de forma diferenciada, utilizando a metodologia proposta no CUCO, até o momento da condução dos grupos focais.

“Algumas pessoas tinham restrição, os funcionários, para trabalhar com isso, até porque aqui dentro a gente não tinha tanto apoio.”

A introdução de mudanças no processo de trabalho e o impacto na atenção aos usuários com a incorporação da tecnologia do CUCO e do plano

de autocuidado eram percebidos pelos profissionais como parte do processo induzido pelo LIACC.

A introdução do CUCO oportunizou uma reflexão crítica sobre os processos de atenção anteriormente desenvolvidos pelas equipes e as mudanças em relação à participação dos profissionais. As falas a seguir sintetizam essas observações.

“Muitas vezes é difícil porque a gente tem o hábito de estar orientando, a gente que quer dar as orientações, não quer deixar eles descobrirem por si o que é melhor para eles”.

“Eles estavam acostumados há muitos anos de uma forma e agora roda de conversa, precisar falar; está sendo bem desafiador e até a equipe foi bastante resistente, por mais que tivesse todo esses treinamentos”.

Entretanto, nem todas as equipes compreendiam adequadamente as metodologias propostas naquele momento. Os relatos evidenciavam que, em algumas UBS, as equipes ainda centralizavam a atenção em grupo nos enfermeiros e técnicos de enfermagem, sem a ampliação da participação de equipes multidisciplinares. Além disso, a falta de consolidação dos critérios de avaliação de risco e do processo de atenção diferenciada ainda fazia com que algumas equipes tentassem conduzir grupos de 80, 90 pessoas, o que certamente inviabilizava a realização do CUCO.

Porém, para as equipes que introduziram em seu processo de trabalho o cuidado compartilhado, ficou evidente a ampliação da participação de todos em uma ação compartilhada.

“Desde o Agente Comunitário até o médico, todos vêm ao programa; daí no momento da roda um fala outro fala, nenhum conduz, aí um ou outro complementa a fala”.

Os impactos iniciais sobre as pessoas usuárias também eram claramente percebidos pelas equipes.

“A gente percebeu que de uns tempos para cá eles estão até mais calmos com a roda de conversa, porque eles interagem com a gente, e antes não. Como era só a gente que falava, falava, falava, eles ficavam agoniados, olhavam no relógio, dormiam e hoje isso não ocorre mais.”

“o fato dele se sentir protagonista, ele esquece do tempo porque ele vinha com o tempo de pegar o medicamento, quanto menos tempo ficasse aqui era melhor, e a medida que ele se sente protagonista... ele se sente importante, tem sentido de pertencimento, daí se alonga mais e ele nem percebe o tempo... isso é notório”.

“Tem muitos pacientes de saúde mental que estão tomando... medicamentos controlados... deu para perceber que dá para diminuir aos poucos os medicamentos dos pacientes com essas reuniões”.

“O grupo da caminhada aumentou; teve épocas que tinha 3 pessoas, 4, agora tem 15, 20”.

Ganhos também foram sentidos no processo de aproximação entre usuários e profissionais:

“... teve também o estreitamento do vínculo, quando o paciente percebeu que ele estava sendo acompanhado, que estava recebendo mais atenção... até eu comecei a conhecer melhor os pacientes... a partir do CUCO eu comecei a conhecer melhor”.



Foto 24. Atendimento na UBS Alvorada (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).

Pelas falas dos profissionais ficou evidente que, entre as maiores dificuldades para a implementação do CUCO, estava a estrutura física das UBS. Aquelas com Espaço Saúde, espaço próprio para a condução de trabalhos em grupo, tinham melhores condições para introduzir as mudanças na atenção compartilhada aos usuários, enquanto que aquelas que dependiam de estrutura física fora da UBS, muitas vezes utilizando até espaços externos e pátios, demonstravam maiores dificuldades para mobilização de profissionais e usuários.

Outro aspecto diferenciador considerado foi a presença e suporte dos NAAPS. Aquelas UBS que já contavam com a participação efetiva dos profissionais dos NAAPS em suas atividades, puderam avançar mais rapidamente na introdução de novas abordagens de atenção.

A incorporação da tecnologia do Plano de autocuidado podia ser considerada como incipiente no momento das discussões com as equipes. Apesar de alguns profissionais já estarem trabalhando com o monitoramento de planos de

autocuidado, na maioria das UBS os profissionais ainda não tinham tido oportunidade de vivenciar essa experiência.

Para os que haviam vivenciado, alguns impactos já eram identificados.

“Quando eles conseguem estabelecer aquele objetivo... há uma melhora na autoestima, há uma diminuição da demanda da Unidade em relação a remédios... à consulta médica... nas queixas em geral”.

A escolha da abordagem pedagógica para a introdução do plano de autocuidado junto às equipes locais, a qual propunha o exercício inicial entre os próprios membros das equipes, foi considerada como um aspecto positivo que facilitou o processo. Entretanto, alguns relatavam a dificuldade e insegurança na utilização dessa estratégia de atenção.

“Eu acho o instrumento muito válido, só que tem que ter uma dedicação do profissional muito intensa, porque você tem que realmente estar fazendo essas ligações, tem que estar acompanhando... sendo referência, o vínculo tem que ser forte”.

“Eu sei que o papel é ajuda para gente se organizar, mas eu tenho bastante dúvida na forma da gente preencher isso”.

Entre outras estratégias que facilitaram a implementação das ações foram citadas a disponibilização de ferramentas e estratégias concretas que pudessem ser aplicadas na prática cotidiana para apoiar as equipes, bem como suporte dos NAAPS.

As dificuldades apontadas pelos profissionais incluíam a falta de compreensão do processo por parte de profissionais e gestores locais, a resistência da equipe à mudança, o espaço físico inadequado para a condução de grupos, bem como as dificuldades para mudar hábitos.

As falas reproduzidas a seguir evidenciam lições e descobertas até aquele momento.

“O fato de falar em público, compartilhando em grupo, é uma evolução, porque a gente era muito acostumado a dar palestra e não compartilhar informações em grupo... isso é uma evolução é uma quebra de paradigma”.

“Avaliar como era nosso trabalho até então. Tem pacientes muito antigos que durante a roda de conversa percebe-se que não aprenderam nada com as palestras... (modelo anterior)”.

“Foi observado que o tema pronto, palestra, não interessa muito, já a roda de conversa é mais dinâmica porque quando o usuário ouve de um igual a ele e não somente de um profissional da saúde, há um outro impacto”.

“Trabalho em equipe. Delegar. Cada um tem função dentro do grupo e cada um fazendo um pouco sai alguma coisa... ”.

“Seria importante ter o apoio do NAAPS o tempo inteiro”.

“É fácil cobrar do outro, mas quando você tem que cumprir uma meta é bem difícil”.

“A gente está fazendo muito questionamento em relação à nossa prática”.

“É uma mudança de postura do profissional frente ao usuário”.

“O importante é o respeito ao tempo do paciente e ao da equipe. Respeito ao limite do outro”.

“A gente aprender a se comunicar para que a pessoa assuma seu próprio processo de cura. E a gente está aqui para ajudar como profissional que tem algum conhecimento a gente pode repassar esse conhecimento, mas, quem tem que se apropriar disso é a pessoa”.

“O que faltava era uma diretriz do nível central da Secretara em termos de instrumentalização das equipes em como fazer, principalmente na con-

dução de rodas de conversa e aspectos educativos. A partir da utilização dessa ferramenta favoreceu a incorporação de uma estratégia mais organizada e com um suporte melhor para aproximar as equipes e aprimorar o trabalho em equipe”.

“Eu acho que o Laboratório de Inovações é o futuro... é a maneira como nós temos que trabalhar visando qualidade de atendimento e visando prevenção e não somente tratando a doença já estabelecida”.

Ficou evidente que, apesar dos movimentos de introdução e vivência inicial das mudanças propostas pelo LIACC, era muito cedo para perceber impactos consistentes no processo de trabalho das equipes. Mas a maioria das manifestações eram positivas em relação ao seu potencial de qualificação das práticas na APS.

“Na verdade é assim... existe toda uma mudança cultural, não só dos profissionais envolvidos, dos pacientes, de toda a equipe e dos pacientes, da população que a gente participa”.

“A mudança ela é lenta, gradativa e é difícil mesmo. Mas eu acredito que o resultado, o retorno que a gente tem, é muito importante”.

A percepção dos usuários

A análise da percepção dos usuários sobre mudanças no processo de atenção às condições crônicas permitiu compreender aspectos importantes da implementação do MACC nas UBS, bem como suas limitações.

Houve controvérsias nas respostas, dependendo de experiências individuais vivenciadas pelos participantes e pelo momento de implementação das ações nas diferentes UBS. Alguns usuários manifestaram seu reconhecimento de mudanças no processo de atenção, enquanto que outros eram seguros em afirmar que nada havia mudado.

“Eu acho que mudou sim. Tenho visto que nesses programas do hipertenso o dentista vem aqui na sala, ele conversa com a gente; a gente tem visto também o trabalho das meninas (enfermeiras, ACS), parece que tem sido mais dividido, cada uma é responsável por uma área assim, eu tenho notado mudança e tenho gostado”.

“Nesses dois anos que eu estou aqui continua na mesma coisa, não vi diferença nenhuma no grupo”.

Da mesma forma que já havia sido observado anteriormente na UBS piloto, a focalização na atenção pelo médico por parte dos usuários ainda é condição essencial para a qualificação da atenção.

“Atendem bem, só está faltando médico... ”.

“O atendimento em grupo ficou melhor porque a gente tem o acesso mais fácil pra falar com a médica no dia, pra mostrar exame, pra falar de um outro problema de saúde; então a gente tem essa condição de estar direto com a médica no dia do grupo, mas podia dar uma melhorada”.

Outro aspecto considerado importante para a qualidade e resolubilidade da atenção, presente como atributo essencial do modelo de atenção às condições crônicas, é a garantia da retaguarda de especialista.

“Pra mim está excelente as reunião porque a gente aqui recebe uma medicação, vê a pressão, pesa conversa com a médica no dia. Só a dificuldade de conseguir a continuação do tratamento da gente com um especialista. Porque o clínico geral socorre na hora, acompanha o problema, mas, precisando de um atendimento especializado, é um ano na fila.

As mudanças introduzidas a partir do cuidado compartilhado, bem como seu impacto, também foram identificadas por alguns usuários.

“O grupo é muito interessante é bom a troca de ideias, de experiências... as pessoas se animam.

“A questão maior é que a gente ficou conhecendo, eles conhecem a gente e a gente conhece eles... a gente conhece pelo nome e a gente é tratado pelo nome... então eu acho que isso também é bom... ”.

“... tem a oportunidade da pessoa desabafar, falar do problema... e a gente vai aprendendo junto, né... cada vez que vem aprende um pouco”.

O cuidado por uma equipe multidisciplinar e o vínculo especial com alguns profissionais também foi comentado pelos usuários.

“As vezes a gente se sente melhor com a equipe com essas enfermeiras que são amigas da gente... do que com o próprio médico que às vezes... nem olha pra você... ”

“A equipe conhece a minha casa, conhece a minha família, conhece os meus remédios... eu me sinto seguro perante a equipe. Tanto faz a assistente social, as agentes comunitárias, a médica, a enfermeira, todo mundo nos orienta em tudo”.

Por outro lado, em algumas UBS, esse processo, na percepção dos usuários, ainda mantinha as mesmas características de antes.

“Eu não sabia dessa mudança... sempre é médico, enfermeira, consulta, pegar remédio... ”.

“Nem sabia dessa história... nem ouvi falar disso”.

O reconhecimento de que as mudanças estavam acontecendo e que trata-se de um processo de construção coletiva que exige, para sua consolidação, a participação de todos, em especial dos usuários, foi manifestado pelas falas a seguir.

“Sim, estamos participando junto com a equipe. A equipe tá nos orientando e nós tamos construindo junto com eles, tá muito bom”.

“No decorrer dos meses que a gente conseguir trocar mais informações é que a gente vai sentir o resultado... ”.



Foto 25. Usuária da UBS Alvorada (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS-PMC).

As lições aprendidas até o momento com a implantação do LIACC nas UBS de Curitiba demonstram a importância da valorização da participação e fortalecimento dos grupos diretamente envolvidos no processo de intervenção, por meio da ação reflexiva, incluindo a gestão, as equipes locais e as pessoas usuárias.

Ao ouvir a fala desses grupos é possível identificar sinais claros de efetividade de um processo complexo de introdução de mudanças no cuidado no contexto da APS. Os movimentos, as percepções e as ações precisam ser consolidadas, mas apontam para mudanças sólidas nos processos e resultados da atenção às condições crônicas em Curitiba.

Os relatos das experiências vividas nas UBS de intervenção, escritas pelas próprias equipes e apresentadas a seguir, falam do trabalho, de expectativas, construção e conquistas nesse caminho.

5.7 Relatos das Experiências de Implantação do MACC em Curitiba pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família das UBS e NAAPS do LIACC

Antonio Dercy Silveira Filho (organizador)

A Experiência da equipe da UBS Alvorada

Eliane Lima

As mudanças na maneira de abordar os pacientes nos programas de hipertensos, diabéticos e outras condições crônicas por meio do Cuidado Compartilhado (CUCO) e Autocuidado Apoiado merecem destaque. Com a ajuda da equipe condutora do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) do Centro de Informações em Saúde (CIS), as várias capacitações desenvolvidas e a seriedade da Autoridade Sanitária Local (ASL) objetivando a mudança na equipe de saúde, aquilo que era antes realizado de maneira pragmática, redundante, cansativa e por vezes desatenciosa, tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde, adquiriu uma forma de abordagem mais eficaz dos diferentes assuntos relacionados à saúde. Mudanças que têm dado muito mais resultado do que a maneira antiga de atender.

Apesar da insegurança inicial dos profissionais de saúde que foram habituados desde sua formação acadêmica com o uso de palestras e dos variados recursos audiovisuais para transmitir informações e orientações, a proposta previa um modelo de abordagem mais participativo, utilizando-se mais da escuta de problemas para a busca de possíveis soluções no manejo de cada caso. Estabeleceram-se as “Rodas de Conversa”, onde se valoriza o que o usuário já sabia sobre a sua saúde-doença, cujas orientações são feitas de forma interativa, bem como o planejamento e os acordos para acompanhamento de metas são definidos em grupo, diminuindo a distância entre profissional e usuário.

Tudo isso parecia ser algo difícil e desafiador para a equipe de saúde. O Cuidado Compartilhado e o Autocuidado Apoiado possibilitam aos profissionais de saúde a coparticipação mais efetiva no seu cuidado em saúde, promovendo

e ampliando suas capacidades de se autocuidarem, de estarem atentos aos seus processos saúde-doença, colocando ainda em prática alguns princípios do atendimento humanizado como: a escuta qualificada, a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

A metodologia da prática reflexiva realizada com a equipe também foi de suma importância, pois dessa forma, promove-se o empoderamento mediante a socialização dos saberes, objetivando-se ampliação das competências que possam minimizar as dificuldades no manejo dos processos saúde-doença.

Vale ressaltar que a mudança de comportamento que esse modelo provocou nos profissionais de saúde vem sendo reconhecida como o grande marco nos ganhos promovidos por essa experiência inovadora. Agora a equipe não vive apenas preocupada em cobrar as doses e os horários corretos da tomada de medicações. Os profissionais conseguem enxergar o paciente como sempre deveriam ter sido vistos, na sua integralidade e contexto. Discute-se com os usuários as condutas a serem seguidas, informando as situações vantajosas e as desvantajosas em cada tratamento, decidindo-se e pactuando-se conjuntamente os rumos a serem seguidos.

A equipe Saúde da Família da UBS Alvorada e os profissionais do Núcleo de Apoio à Atenção Primária de Saúde (NAAPS), que já tinham de certa forma maneiras diferentes de abordar os usuários com condições crônicas, também constataram maior e melhor participação dos usuários, seja nos grupos do Cuidado Compartilhado, de Reeducação Alimentar, de Atividades Físicas, de Cinesioterapia e de saúde mental. A maior participação não foi sentida apenas em termos numéricos. Exemplo disso foi observar pacientes que anteriormente participavam dos grupos simplesmente para buscar medicação ou tentar acesso à consulta médica e, atualmente, esses mesmos usuários conversam sobre diversos assuntos relacionados aos seus problemas de saúde, dando dicas próprias e apontando soluções para se conquistar uma melhor qualidade de vida.

No período compreendido como de transição do modelo curativo medicocêntrico e prescritivo para o atual, a multidisciplinaridade com a participação da equipe de enfermagem, médica, odontologia, ACS e NAAPS (educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga) conseguiu contemplar os anseios dos usuários e da equipe. Com pequenas mudanças no comportamento conquistadas com a maior empatia entre usuário e profissional, observa-se melhor

compreensão das informações em saúde que, conseqüentemente, refletem na melhora da sua qualidade de vida dos usuários.

Com a implantação do Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado, evidentemente, houve um avanço significativo na condução da estratégia da Saúde da Família. Trata-se de uma satisfação manifesta pelo próprio usuário do serviço da UBS Alvorada, que cada vez mais se apropriam de competências para manejar sua saúde e entendem que para ter o controle sobre sua condição crônica, necessariamente, precisa haver informações e mudanças de hábitos constantes.

A Experiência da equipe da UBS Barigui

Daniela Hieda Rocha
Márcia Lucía Poczenek
Simone Tomiak

As condições crônicas são o grande desafio do sistema de saúde no Brasil. Faz-se necessária a implantação de metodologias e estratégias para produzir mudanças no estilo de vida das pessoas, tais como adoção de hábitos de alimentação saudável, de atividade física regular, de práticas e atitudes que visam à diminuição do estresse e o controle do tabagismo, dentre outras. A Secretaria de Saúde de Curitiba iniciou um projeto-piloto que consiste na produção de novas abordagens para o manejo da diabetes, da depressão e da hipertensão em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma delas, a UBS Barigui.

A implantação do modelo na UBS Barigui iniciou-se em 2011 com atualização técnica da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, equipe odontológica, ACS; e do Núcleo de Apoio em Atenção Primária (NAAPS) – fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, nutricionista e educador físico. Com base na vivência, nas expectativas e necessidades desses profissionais e com o intuito de melhorar as formas de intervenção com o usuário com condição crônica, cuidado pela Equipe de Saúde da Família, implantando ações para a mudança de comportamentos a partir de práticas de Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado (CUCO).

O CUCO é uma ferramenta de trabalho voltada à mudança de comportamento dos usuários como também da equipe de saúde, pois possibilita o desenvolvimento da escuta ativa, da empatia com o usuário, deixamos de ser mero prescritores de cuidados e procedimentos e passamos a contribuir no processo de pactuação significativa do cuidado do paciente.

A rotina de trabalho da UBS já estava estruturada no atendimento programado com base na estratificação de risco. A introdução do Cuidado Compartilhado (CUCO) e do Autocuidado Apoiado, processos esses realizados por meio de rodas de conversa ao invés de palestras, viabilizam grande adesão por parte dos usuários.

Há participação dos pacientes, nesses momentos ocorrem as trocas de informações positivas e negativas, adaptações às novas situações, percebe-se o envolvimento de todos, trocam-se receitas saudáveis e grande parte da alteração de hábitos de vida dão-se pelas trocas de experiência realizadas no próprio grupo.

Após a “Roda de Conversa”, segue-se o atendimento individualizado com a verificação de dados vitais, de resultado de exames, queixas, entre outras avaliações que se fizerem necessárias ao momento. Individualmente, é realizada a pactuação para mudança do estilo de vida, onde o próprio paciente é quem decide por mudar algo que julgue importante para melhorar sua vida.

Os pacientes já pactuados são monitorados por meio da visita domiciliar e por telefone quinzenalmente. Há pacientes que aderem adequadamente a pactuação e outros retornam para repactuação após tentativas sem sucesso. Observa-se que a mudança no estilo de vida é lenta e exige persistência de ambos os lados, do usuário e da equipe de saúde, mas se valorizarmos as pequenas mudanças é possível alcançarmos os grandes objetivos como o controle adequado das doenças crônicas e a qualidade de vida no dia a dia, onde o paciente é também sujeito do cuidado e das mudanças no seu modo de “caminhar na vida”.

A Experiência da equipe da UBS Caiuá

Joelma Amélia Muniz
Ilda Araújo Dias Agner
Katalin Mehes

O LIACC na UBS Caiuá foi desenvolvido pela equipe da estratégia Saúde da Família em conjunto com o NAAPS, iniciando-se por um processo de oficinas coordenadas pela equipe do Centro de Informação em Saúde (CIS). Como desdobramento dessas oficinas, os primeiros grupos de cuidado às Condições Crônicas foram constituídos pela equipe responsável pelos seus hipertensos e diabéticos do seu território de abrangência. Cada membro da equipe assumiu a responsabilidade da organização e preparação do encontro a ser trabalhado em determinado grupo para orientar as direções das atividades e reuniões propostas.

Inicialmente foi planejado um encontro mensal com duração média de 30 minutos. As reuniões ocorreram na Associação de Moradores do bairro. Alguns grupos permaneceram com encontros mensais, outros trimestrais, de acordo com número de participantes de cada microárea e com a estratificação de risco de cada usuário.

Toda equipe estava sensibilizada e tinha um só objetivo de promoção da saúde e prevenção de agravo, cujo processo era favorecer a adesão do usuário às mudanças necessárias ao estilo de vida centrado na pessoa.

As reuniões de grupo foram realizadas de acordo com a peculiaridade da abrangência, entretanto em todos os grupos observou-se uma boa interação entre os membros da equipe e comunidade.

Dessa experiência identificou-se melhora do vínculo e uma postura proativa do indivíduo frente ao autocuidado. Foram realizadas pequenas pactuações com resultado positivo segundo relatos dos usuários e monitoramento realizado pelo Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Os indivíduos mostraram-se estimulados a continuar participando inclusive com sugestões de abordagem para novos encontros.

O espaço físico inadequado tanto para realização dos encontros dos grupos, visto que não temos Espaço Saúde, assim como para consulta individual em que

não se consegue uma privacidade adequada para o cidadão, foram considerados fatores que dificultaram a ampliação da estratégia.

Partindo dessa experiência identifica-se uma permanente necessidade de remodelar o tratamento e abordagem com os usuários e assim sente-se a diferença na vida dos mesmos e nossa também, como profissionais de saúde. O trabalho com envolvimento de toda uma equipe impacta positivamente, provocando uma grande diferença na qualidade de vida do indivíduo.

A Experiência da equipe da UBS Irmã Tereza Araújo

Fabiola Rosa Machado

Muitos profissionais na área da saúde preferem trabalhar em hospitais devido às tecnologias avançadas (Tecnologias Duras). Têm a noção errônea de que a Atenção Básica é carente de tecnologias. A Educação em Saúde é a melhor tecnologia da estratégia de Saúde da Família. É na Educação em Saúde e na prevenção que se tem maior impacto na saúde da população, avaliada pela mudança de hábito, de atitude e de estilo de vida. Mas como conseguir que as pessoas mudem de atitude e adotem um estilo de vida mais saudável?

O Laboratório de Inovações (LIACC) para alguns profissionais vem reforçar uma ideia e para outros busca implantar essa ideia: da melhoria da relação profissional de saúde e usuário. Busca implementar uma mudança da postura profissional paternalista e autoritária, para uma postura de ouvir, acolher, conversar, despertar no outro, buscar o “campo comum” da medicina da família. Ambos entram num acordo, ou pacto, sobre o que é possível fazer, observando os passos a serem dados. Reforça-se a ideia de que o paciente deve ser o protagonista de sua vida, de sua mudança. O paciente deve compreender sua responsabilidade com sua saúde, mudar pelo interesse de melhorar sua saúde, não apenas para dar resposta ao profissional que o acompanha.

Trabalhar a autoestima é importante na mudança de hábitos, pois muitos não se importam em mudar, muitos não se importam com nada, nem mesmo com a vida. Devemos trabalhar com questões profundas e com a redução de danos.

Durante as Oficinas do Laboratório de Inovações, com o Cuidado Compartilhado (CUCO), a Equipe observou que a troca de experiências entre os usuários tem grande impacto, maior do que apenas as orientações dos profissionais, constatando-se também melhora nos resultados dos exames desses usuários.

A equipe tem enfrentado alguns desafios na implantação do modelo, como grande número de pacientes participantes, as dificuldades para a readequação das oficinas já existentes na UBS, as resistências de alguns profissionais à mudança e nem todos os usuários compreendem a importância da experiência. A equipe considera a continuidade das capacitações de extrema importância para dar suporte ao desenvolvimento das atividades propostas.

A Experiência da equipe da UBS Moradias Belém

Verenice Poletini Rosa

Em um evento realizado no parque Barigui, no final de 2010, durante o lançamento da Diretriz de Atenção ao Diabético, houve a primeira grande divulgação sobre o Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas, sendo que a expectativa nossa era do aumento de atribuições aos funcionários da equipe com uma eficácia duvidosa.

A equipe da UBS Moradias Belém já promovia oficinas de autocuidado supervisionado em 2009 e 2010 com usuários diabéticos. O questionamento feito na época referia-se à falta de uma política de saúde que apontasse diretrizes para tratamento de condições crônicas, e o que ocorria era de iniciativa espontânea dos servidores da UBS. Outro desafio apontado era identificar formas de mensurar os resultados das ações em saúde. A proposta do Laboratório veio ao encontro dessas necessidades, mesmo com a resistência inicial da equipe de saúde.

O Laboratório de Inovações (LIACC) foi implementado por meio de oficinas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde em 2011 e 2012 com toda a equipe multiprofissional da UBS que compõe o serviço de saúde.

Na UBS, as pactuações para o Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado (CUCO) iniciaram em julho de 2012, com os usuários e funcionários das 3 equipes, mas com desenvolvimento diferenciado para as 3 áreas de atuação no território.

Conforme relato de uma das auxiliares de enfermagem que iniciou atividades no período de julho com usuários do programa HAS e DM, mesmo com algumas pactuações iniciadas, sentiu receio em não conseguir cumprir e acompanhar a rotina do serviço. Mencionou também incertezas quanto a criar vínculo com usuários e acompanhar mudanças conforme as diretrizes do Laboratório de Inovações.

O termo insegurança foi uma constante no discurso das equipes envolvidas, pois a implantação da nova proposta de trabalho alterou a zona de conforto dos usuários e funcionários. O relato de outra auxiliar de enfermagem mostra esses temores:

“no primeiro dia quase fui linchada”...

Já na segunda reunião a mesma usuária mudou seu ponto de vista e disse que

“gostou de poder falar, pois já estava cansada de só ouvir”.

Nos programas de HAS e DM que realizávamos anteriormente tínhamos por rotina fazer o exame físico, seguido do registro no prontuário e orientações. No modelo atual temos duas formas de atuar: um grupo faz a aferição das pressões arteriais, circunferência abdominal e peso e depois conduzem a reunião, enquanto que a outra equipe segue a ordem inversa. O rápido exame físico é percebido por nós, e também pelos usuários, como uma oportunidade para avaliar as mudanças de hábitos.

A percepção da equipe sobre o impacto que essas mudanças trouxeram para os usuários segue a seguir, com alguns exemplos:

“M. (área 1) é diabética e hipertensa – perdeu peso, com melhor controle glicêmico, diminuição da circunferência abdominal.

J. (área 1) – não fez pactuação inicialmente e não percebia que ficava o dia inteiro em frente a TV. Após pactuar, no terceiro encontro, iniciou prática da caminhada.

G. (área 1) – era muito agitado, aguardava em pé atendimento e após convite, no segundo grupo de pactuação, combinou realizar ginástica na igreja São João, prática mantida há mais de um mês.

C. (área 1) – inicialmente falou que não queria mudar nada, nem realizar caminhada, pois tem medo de cachorro na rua. Nos encontros seguintes mencionou que comprou esteira e está caminhado.

N. (área 1) – Sempre dizia que alimentação era “normal”, mas consumia banana frita no café da manhã e no almoço. Informou que mudou a alimentação e dorme melhor, além de melhor nível de controle pressórico.

A.C. (área 2) – ansioso, agitado, uso irregular de medicação, consumia muito churrasco, com pressão arterial elevada. Feita a pactuação para cuidado em saúde, iniciou a realização de caminhada, uso regular da medicação, diminuiu consumo de alimentação gordurosa, melhorando qualidade de sono e reduziu o peso em 4 kg. Não bebia água. Pactuou aumentar ingestão hídrica e percebeu melhora da função intestinal.

M.G (área 3) – pesava 115 Kg, com artrose, sentindo dor ao caminhar e apesar da recomendação médica, não queria realizar cirurgia bariátrica. Pactuou mudanças alimentares e perdeu 6 kg em um mês.

A. (área 3) – utilizava carro para se locomover, mesmo em pequenas distâncias. Há 2 meses mantém pactuação de realizar caminhada 2 vezes por semana.

M.S. (área 3) – consumo elevado de refrigerantes não dietéticos, com pressão alta e relatava dificuldade em abandonar hábito. Pactuou no primeiro encontro trocar por bebidas dietéticas e relatou estar há mais de 1 mês mantendo o combinado.

G. (área 3) e J. (área 3) – diabéticas, uso irregular de insulina e sedentárias; pactuaram caminhar 30min./dia, 3 vezes por semana e mantêm hábito há 3 meses.

A.F. (área 3) – havia abandonado tratamento para depressão e pactuou voltar a consultas e aumentar rede de apoio; realizou consultas e procura emprego agora, além de tentar conversar mais com as pessoas.”

Sabemos que é necessário maior comprometimento da equipe da UBS em relação ao LIACC. Divergências em relação às novas exigências e a percepção

dos funcionários sobre o seu papel nessa forma de trabalhar ainda ocorrem, exigindo que, como equipe, se amplie a comunicação e atuação, superando os desgastes gerados diante das mudanças. Um “passeio pedagógico” entre as equipes pode ser uma proposta para auxiliar nesse processo de implantação e uniformização do trabalho, criando uma ponte entre os profissionais que já realizaram as reuniões utilizando as tecnologias do MACC com os profissionais que ainda irão realizá-las.

Os encontros promovidos com os profissionais do CIS foram valorosos no sentido de apoiar, orientar e incentivar o uso das pactuações sobre o Autocuidado Apoiado e Cuidado Compartilhado. Mesmo não tendo caráter de cobrança, acabavam exercendo certa pressão para apresentarmos resultados referentes ao Laboratório de Inovações.

Outro ponto a destacar são os grupos focais, dentro da rotina de funcionamento da UBS e com todas as equipes, voltadas para o Laboratório de Inovações, que podem apoiar a manutenção dessas atividades. Esses grupos devem ter seu tempo otimizado e utilizando material teórico de apoio para melhorar atuação da equipe.

Com o Laboratório, uma nova demanda está sendo criada, com o aumento da identificação dos usuários com transtornos do humor, sendo de grande valor o suporte de outros setores da secretaria para dar sequência a esse segmento.

Percebe-se com a nova proposta que devemos lembrar que somos facilitadores, compartilhando a atenção à saúde, transferindo responsabilidades aos usuários sobre seu próprio cuidado. Com o Laboratório de Inovações também foi visto que o profissional deve mudar seu olhar em relação ao usuário, além de questionar sobre seu próprio cuidado de saúde, desenvolvendo mais a empatia e sensibilidade, por meio do olhar reflexivo e igualitário.

A Experiência da equipe da UBS Waldemar Monastier

Raquel L. Cassapula

Entendemos que o círculo de cultura é uma ferramenta que prioriza a pessoa com seu conhecimento e experiências e que permite que esse conhecimento básico seja incrementado pelos objetivos técnicos da equipe de saúde. Ao utilizar essa ferramenta, tivemos de vencer diversas barreiras dentro e fora da equipe devido aos hábitos cristalizados de ambas as partes, isso nos permitiu planejar novas ações com objetivos mais definidos e ampliamos nossa visão sobre a doença e qualidade de vida, ou seja, nós nos forçamos a ver a pessoa de forma holística e contribuimos com a diminuição do foco que o paciente tinha na medicação. Compreendemos que ao estimular a pessoa a se expressar e mostrar sua experiência, valorizamos o que ela sabe e reforçamos positivamente o seu esforço em praticar o que a equipe sugere. Também abrimos espaço para motivá-las a ter uma atitude mais positiva diante das dificuldades e a corrigir seus erros, muitas vezes com ações bastante simples.

Uma das formas de conseguirmos uma abordagem divertida sobre o autocuidado, mantendo o foco e o tempo de discussão, foi o “estudo de caso”. Nessa oportunidade o grande grupo foi subdividido em 2 grupos menores, foi dado para cada um deles um caso fictício e solicitado que cada grupo relatasse as soluções propostas, seguido da conclusão do grupo.

Sentimos que ainda há necessidade de termos mais experiências na condução do trabalho em grupo, principalmente no que se refere a evitar a perda do objetivo da discussão, manter o tempo dentro do limite pactuado e gerenciar conflitos. Entretanto, observamos que essa nova ferramenta nos trouxe muito mais que a melhoria da interação entre os pacientes e com os pacientes, renovou em todos a esperança da modificação de hábitos de vida e menor número de complicações. Além disso, também contribuiu com a inserção de vários pacientes em outros grupos da UBS, como os de atividade física, reeducação alimentar e postural, e ainda nos trouxe uma ferramenta de planejamento e de controle de resultados.

A Experiência da equipe da UBS Sabará

Mariza Alquieri Raymundo

Como aspectos positivos, a equipe destaca que é um novo modelo de atenção no trabalho compartilhado que já era realizado, porém mudou na abordagem e na visão da equipe em geral, especialmente em relação aos cuidados com o paciente. Procurando atendê-lo de uma maneira holística e também conscientizando-o das responsabilidades de coparticipação nos seus cuidados, é possível fazer com que ele perceba que é o protagonista no acompanhamento e cuidados com sua saúde.

Muitos relataram que foi produtivo devido a melhor forma de poder se comunicar e relatar suas experiências. Existem relatos de dificuldade para fazer com que os pacientes continuem participando dos grupos. Porém aqueles que continuaram, conseguiram um estreitamento de vínculo e uma percepção da necessidade da mudança de hábitos e sua responsabilidade em fazer acontecer as mudanças. Houve melhor compreensão da doença por parte dos usuários, que puderam perceber que são os próprios atores do processo de mudança de estilo de vida.

O desconhecimento do fluxo de planejamento das atividades gerou certo grau de ansiedade para corresponder as expectativas.

Como aspectos negativos, a dificuldade de adesão dos pacientes talvez pela timidez ou dificuldade de expor suas opiniões, resultou em algumas desistências precoces dos grupos. A infraestrutura de trabalho precária, posto que não existe na UBS um espaço adequado para realização dos encontros e de atividades de grupos em geral, além da equipe reduzida que dificultou a realização do trabalho de diferentes enfoques profissionais, também foram problemas apontados pela equipe da UBS.

A Experiência da equipe do NAAPS Boqueirão

Eliana Cristina Machiavelli de Santana

Jair Rodrigues Ribeiro

Juliana Christina Gaioski

Regina Maria de França

Thayza Priscilla Broza

A participação no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas foi uma experiência desafiadora, mas ao mesmo tempo enriquecedora para a equipe NAAPS, tanto em termos profissionais quanto pessoais.

Uma das experiências que o trabalho em grupo no formato CUCO favorece é o maior vínculo entre paciente e profissional e, com esse, uma abordagem mais efetiva. Em “Roda de Conversa”, as pessoas se identificam e relatam suas experiências de forma mais sincera, e os próprios participantes do grupo fazem intervenções. Um exemplo percebido no grupo foi de um paciente que relatou que estava com diabetes, mas não sabia como, já que não gostava de comer doces. Em um momento posterior, essa mesma pessoa relatou que na família com quatro pessoas era consumido aproximadamente 15 kg de açúcar mensalmente. Outro paciente do grupo pontuou que talvez esse fosse o motivo da paciente estar com diabetes.

Um desafio constante nesse trabalho é o envolvimento da equipe, em que alguns mostram franca resistência em mudanças na rotina de trabalho. Essa resistência pode estar associada tanto a comodidade da forma que se trabalhava anteriormente, quanto à preocupação em dar conta do aspecto dinâmico de um grupo e das demandas levantadas, para as quais uma prescrição meramente clínica é insuficiente, desafiando os profissionais a buscarem recursos pessoais e muitas vezes reconsiderarem aspectos subjetivos próprios.

Diante disso, observa-se a necessidade de maior integração entre as diferentes categorias profissionais que compõem a equipe, para que haja um melhor manejo do grupo.

A participação e apoio aos grupos de Cuidado Compartilhado proporcionaram um maior reconhecimento e valorização do trabalho dos profissionais do NAAPS, que eram solicitados com frequência para a coordenação do grupo. Embora essa situação tenha contribuído para tornar mais visível a importância

do NAAPS, aspecto trabalhado desde o início de sua implantação, a constante demanda para a coordenação desses grupos demonstrou certa dependência das equipes da presença dos profissionais do NAAPS. Em virtude do NAAPS apoiar nove equipes das UBS, tornava-se inviável a presença em todas as atividades propostas pelas equipes da UBS de grupos. Para um trabalho mais efetivo nesses grupos, seria necessário uma equipe NAAPS por UBS. Além disso, entende-se que é importante a capacitação técnica e atualizações constantes para toda a equipe.

A equipe também sentiu falta de uma integração com as demais equipes da cidade envolvidas na implantação dessa metodologia de trabalho, para troca de experiências, até mesmo roda de conversas, como estratégia para resolução das dificuldades inerentes a esse processo.

Outra dificuldade observada pela equipe foi quanto ao espaço físico. Em algumas UBS as atividades em grupo já se constituíam como parte da rotina de trabalho da equipe, e esses grupos já formados eram numerosos. A técnica de disposição de pessoas em um círculo para facilitar o grupo, nesses casos, tornava-se inviável. Um dos recursos utilizados pela equipe, era dividir os grupos formados em dois menores, sendo um deles realizado em espaço aberto, dependendo de condições climáticas favoráveis.

Essas abordagens de autocuidado apoiado e grupos de Cuidado Compartilhado mostraram-se mais consistentes para um trabalho de educação em saúde, na medida em que a equipe apoia e instrumentaliza os pacientes para que façam escolhas mais saudáveis, ou seja, promove empoderamento e corresponsabilização. No entanto, entende-se que não se pode perder de vista que a liberdade de escolha da pessoa é o pano de fundo de todo esse processo e, como tal, os profissionais precisam também trabalhar com suas expectativas para lidar com a resposta do paciente, que pode escolher mudar para padrões mais saudáveis ou manter suas escolhas como outrora. Em ambos os casos, profissionais e pacientes aprendem ao longo do processo. A ouvir... E a suportar o silêncio...

“O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam “se eu fosse você”. A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção”. (Rubem Alves)

A Experiência da equipe do NAAPS CIC 2

Caroline Cherpinski Zibetti

Helen Rejane Dorneles Rautmann

Nelise Garcia

Patricia Vitorio Olmedo

Simone Silveira Araújo

A implantação do “CUCO” com a participação do NAAPS se deu na primeira semana do mês de setembro de 2012. Para dar apoio a todas as 11 equipes, elaboramos escalas dos profissionais do NAAPS, nas quais nos dividimos em duplas. Cada equipe/área possui um perfil diferente devido as condições sócio-econômicas-culturais. Por esse motivo, tivemos que trabalhar com a diversidade, nos adaptando às necessidades das mesmas e exercendo diferentes papéis, como coordenadores, mediadores e ouvintes. Ou seja, em alguns casos conduzimos o grupo diretamente, buscando a reflexão pessoal e estimulando a participação de todos os pacientes e funcionários. Em outros, ficamos como apoio, fazendo as mediações que eram pertinentes. Muitas vezes tivemos que lidar com dificuldades (estruturais, de pessoal, comunicação, entre outras), ser resilientes, nos automotivar e tentar motivar as equipes para dar continuidade ao trabalho. Esse processo de aprendizagem só foi possível com diálogo e transparência, por meio de reuniões com as equipes da ESF e de “feedback” que fizemos ao final de cada grupo para elencar os pontos positivos e negativos, traçando estratégias de ações para melhorar o que era necessário.

Pudemos observar a evolução das equipes, identificando a importância de cada um para o sucesso da implementação do laboratório. Compreendemos que a diversidade de pessoas e profissionais enriquece o grupo e as discussões e que todas as categorias podem dar sua contribuição. Atuando realmente como equipe, os resultados serão positivos.

Ainda é cedo para quantificar os resultados, mas podemos afirmar que esse processo já trouxe diversos benefícios. Embora ainda ocorra resistência por parte de alguns profissionais, comum em todo processo que exigem mudanças, as equipes estão mais unidas e fortalecidas. O vínculo e a empatia com a comunidade, um dos principais princípios do SUS e da estratégia de Saúde da Família,

foi favorecido. Ao utilizar a metodologia da “Roda de Conversa” na prática diária do NAAPS constatamos que os usuários como sujeitos ativos refletem melhor sobre sua condição de saúde e de vida. E também percebemos como é importante para o paciente ser ouvido, trocar experiências, e sentir-se parte de um grupo.

Temos muito a avançar e progredir no enfrentamento de novos desafios e acreditamos que essa metodologia é aplicável e eficiente.

Capítulo 6 – A implantação do MACC em Curitiba: aprendizados e perspectivas de futuro

Raquel Ferraro Cubas

Ana Maria Cavalcanti

Camila A G Santos Franco

Claudia Schneck de Jesus

Nilza Faoro

Angela Cristina Oliveira

Eliane Chomatas

Simone Tetu Moysés

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas implantado em Curitiba tinha como características principais a gestão do cuidado baseada na população, a estratificação de risco e o reforço ao autocuidado.

Desde o início, o processo de organização para a introdução desse modelo foi pensado com base no desenvolvimento de capacidades locais para a ação vinculada a essas características, no respeito aos contextos e tempos locais e nas oportunidades para a construção coletiva e participativa das estratégias a serem utilizadas nas UBS.

O processo de capacitação multidirecional que ocorreu ao longo do desenvolvimento do LIACC caracterizou-se por uma prática reflexiva e participativa que envolveu tanto o grupo condutor, como os profissionais atuantes nas equipes das UBS e pessoas usuárias. O aprendizado coletivo permitiu que as ações fossem implementadas a partir da constante reflexão sobre o que estava sendo proposto no contexto e especificidades de cada UBS participante.

O respeito ao contexto e tempo locais pautava o cuidado na aproximação com as equipes, a análise dos movimentos de apropriação conceitual e absorção técnica. Assim, a abordagem metodológica baseou-se sempre na observação da realidade, discussão, aprendizado, e posterior expansão e implementação das ações pelas equipes locais. Oportunizar inicialmente que os profissionais vivenciassem as estratégias propostas de cuidado, possibilitava que as equipes compreendessem o processo necessário para a implementação das mudanças, o que favorecia a diminuição da ansiedade com o novo.

Outra importante característica do processo de implementação do LIACC em Curitiba foi a oportunidade de fortalecimento do grupo condutor, pela

constante análise da necessidade e reconhecimento coletivo do que precisava mudar. Assim, a implantação do LIACC foi um processo contínuo e colaborativo de preparação e desenvolvimento de capacidades para reconhecer estratégias que favorecessem as mudanças. Percebeu-se que não adiantava impor um modelo pronto, já que era preciso repensar os processos a cada momento, a cada contexto.

O envolvimento das equipes locais não se dava apenas pela absorção de novos processos e tecnologias, mas também pelo desenvolvimento de suas capacidades de pensar o processo de trabalho, reconhecer a necessidade de mudanças, e aí sim, definir quais as melhores estratégias para provocar essas mudanças. Refletir sobre os processos de trabalho não é um exercício comum em equipes de APS, e a implementação do LIACC certamente favoreceu essa prática.

Algumas estratégias utilizadas podem ser destacadas por sua efetividade no suporte à implementação das ações nas UBS. A autoexperimentação e o uso de narrativas, filmes, estudos de caso, abordagens pedagógicas centradas em metodologias ativas de aprendizagem empregadas oportunizaram que as equipes refletissem sobre suas práticas, ao mesmo tempo em que se sentissem como usuários, percebendo que, para aprender a cuidar do outro, é preciso cuidar de si mesmo. Isso foi considerado pelas equipes como estratégia essencial para favorecer a mobilização e o compromisso coletivo com a mudança.

Reconhecer a ambivalência em si mesmo ajudou a perceber a complexidade do processo de mudança e ampliou o respeito à resistência. Uma coisa é falar da resistência, saber que ela existe; a outra é cuidar disso com a equipe. Aceitar que a resistência é natural e reconhecer isso com a equipe foi um importante exercício para todos, pois implica aprender a trabalhar com a frustração das expectativas e a aceitar que as pessoas estão em momentos diferentes. Isso favoreceu o desenvolvimento da confiança, da afetividade, do vínculo e da interatividade entre todos os que participaram das ações.

Outro aspecto importante foi a consolidação dos NAAPS como apoio essencial para a condução das ações propostas. A equipe multiprofissional dos NAAPS atuou como indutora e catalizadora de processos locais, garantindo maior segurança às equipes, ao mesmo tempo em que também repensava sua prática e seu papel nos territórios de atuação na APS.

Com respaldo técnico para cada atividade e grupos de profissionais envolvidos, reconhecia-se o contexto local e identificavam-se as demandas específicas de cada equipe. As equipes eram diferentes, o que fez com que o processo de implementação fosse diferente nas UBS, apesar da similaridade nas linhas gerais propostas. Com maior vínculo com as equipes, era mais fácil ouvir suas demandas, o que facilitava e acelerava os processos locais. Assim, por exemplo, foi possível consolidar melhor o CUCO que o Autocuidado Apoiado, já que as equipes percebiam mais claramente a necessidade de trabalhar com grupos e tinham maior expectativa de desenvolver capacidades para isso. Evidenciou-se, assim, que disponibilidade e compromisso surgem a partir do reconhecimento de demandas. Dessa forma, formou-se uma rede colaborativa que se apoiava na construção da experiência nas UBS e entre elas.

As vivências no LIACC possibilitaram aprender que repensar processos de trabalho consolidados, como no contexto em Curitiba, não é tarefa simples, mas é essencial para a construção do compromisso e responsabilização sobre as mudanças necessárias para a qualificação da atenção às condições crônicas.

O aprendizado por meio de metodologias ativas reforça o quanto é importante a tolerância e o diálogo para possibilitar que as equipes se reconheçam, dialoguem e atuem de forma propositiva.

Além disso, o foco e o compromisso com a ação devem envolver tanto as instâncias gerenciais, quanto profissionais e usuários. Sem a priorização do LIACC e suporte de uma rede de pessoas comprometidas com sua realização, isso não aconteceria. O papel da liderança, portanto, é essencial para garantir a condução do processo.

A presença da equipe de suporte do nível central na UBS atuando como facilitadora e, em alguns momentos, mediadora de conflitos, favoreceu o matriciamento de ações e a busca conjunta de soluções. O foco no cuidado fez com que as equipes pensassem nos processos de trabalho, evidenciando, muitas vezes, crises de relacionamento e organização de processos locais. Foi fundamental, portanto, que as equipes de apoio não assumissem papel impositivo, julgador, mas que fossem reconhecidas como apoiadores de processos de mudança.

Reconhecer as limitações das estratégias implementadas para provocar mudanças no modelo de atenção às condições crônicas também foi um importante processo de reflexão oportunizado pelo LIACC. A priorização de

estratégias como a introdução de tecnologias para o cuidado compartilhado e o autocuidado, a implementação das diretrizes clínicas, a avaliação do risco por condição, foram importantes para apoiar mudanças na relação entre usuários e profissionais de saúde. Entretanto, é importante reconhecer que a mudança do modelo de atenção às condições crônicas exige ações ligadas a outros aspectos da atenção, como a ampliação do acesso e a organização da atenção secundária. Isso também foi reconhecido pelas pessoas usuárias como condição importante para a qualificação da atenção.

Porém, a incorporação dessas novas abordagens do cuidado têm oportunizado reforços importantes na garantia de princípios da APS, como o vínculo e a longitudinalidade da atenção. Além disso, reforça-se agora que é possível resolver muitos dos problemas dos usuários e da atenção com o que se tem. É a reafirmação da atenção primária em saúde.

Refletindo sobre as conquistas e dificuldades para a condução das ações, fica evidente que o tempo e o número de pessoas para apoiar os movimentos nas UBS restringiram maiores avanços. Seria necessário mais tempo para consolidação das mudanças. Sabe-se, por exemplo, que hoje, o que tem sido chamado de cuidado compartilhado e autocuidado apoiado, pelas equipes, ainda não chegou no que poderia ser. Chegou no que foi possível para o seu tempo histórico.

Não foi possível implantar as diretrizes clínicas de HAS e Depressão. Entretanto, foi possível aproximar especialistas e profissionais da APS, ampliando a qualificação da atenção.

Uma importante conquista foi a qualificação das relações pessoais e institucionais e a ampliação da rede de suporte para apoiar os processos de avaliação das ações e reconhecimento dos aprendizados com a experiência. Isso foi possível pelo apoio da OPAS e Conass, além da aproximação com a PUCPR.

As perspectivas de continuidade dos processos induzidos pelo LIACC a partir do novo contexto institucional dependem muito das equipes e de sua capacidade de mobilização. Os momentos de avaliação de processo evidenciaram que as pessoas se transformaram. Apesar do reduzido tempo de implementação das ações e da diversidade de ritmos e compreensões demonstradas pelas equipes, permanece o compromisso com a mudança. Isso pode ser fortalecido se as equipes que incorporam essas tecnologias passem a perceber resultados concretos da atenção qualificada às condições crônicas de seus usuários.

Além disso, um dos objetivos do LIACC era introduzir processos e empoderar localmente as equipes e pessoas usuárias. Porém, questiona-se se as equipes chegaram a desenvolver autonomia suficiente para dar continuidade em um processo de mudança tão desafiador. Talvez ainda lhes falte o amadurecimento necessário.

Entretanto, a instituição teve um momento oportunizado para pensar e tem muito aprendizado importante para ser coletivizado. Muita coisa para ensinar e muita coisa ainda para aprender.

Autores

Ademar Cezar Volpi	Cirurgião Dentista (UFP, 1987). Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1986), Saúde da Família (FEPAR, 2002) e Gestão da Qualidade de Vida (PUCPR, 2010). Coordenador de Atenção Básica da SMS Curitiba (1995-2012). Cirurgião Dentista da UBS Solitude.
Aléxei Volacc	Médico (UFPR, 1997). Residência em Clínica Médica (UFPR, 1999). Residência em Endocrinologia (Hospital Santa Marcelina, 2001). Mestre em Medicina Interna (UFPR, 2007). Professor PUCPR. Coordenação de Saúde do Adulto SMS Curitiba (2007-2012). Endocrinologista Coordenação Carteira de Serviços, DAPS, SMS Curitiba.
Ana Cristina Vidal Allegretti	Cirurgiã Dentista (PUCPR, 1991). Especialista em periodontia (ABO, 1999). Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva (PUCPR, 2007). Coordenadora de Saúde Bucal SMS Curitiba (2010-2012). Doutoranda em Odontologia – Área de Concentração Saúde Coletiva (PUCPR). Apoio técnico do Distrito Sanitário CIC.
Ana Maria Cavalcanti	Médica (FEPAR, 1988), Mestre em Farmacologia (UFPR, 2002), Especialista em Educação para Profissionais de Saúde (FEPAR, 2004), Gerontologia numa Perspectiva Biopsicossocial e formada em Terapia Cognitivo-Comportamental (IBPEX, 2009). Coordenadora de Saúde do Adulto e Idoso da SMS Curitiba (2005-2012). Técnica da Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo para Qualidade – Departamento de Atenção Primária em Saúde SMS Curitiba.
Angela Cristina Lucas de Oliveira	Nutricionista (UFPR, 1988). Mestre em Medicina Interna (UFPR, 2007), Especialista em Saúde Coletiva (UP, 2005). Coordenadora da área de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (2009-2012). Coordenadora do Cuidado – DAPS, SMS Curitiba.
Anna Paula Lacerda Penteadó	Cirurgiã Dentista (UFPR, 1987). Especialista em Odontologia Preventiva e Social (UFPR, 1990) e em Gestão de Serviços de Saúde (FEPAR, 2003). Superintendente da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba (2010-2012). Técnica da Central de Leitões, SMS Curitiba.

Antonio Dercy Silveira Filho	Cirurgião Dentista (UFPR, 1987), Mestre em Serviços de Saúde Pública (FSP/USP, 2006), Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS (HSL, IEP, 2011), Gestão da Atenção em Saúde (HSL/IEP, 2009), Saúde da Família (FEPAR, 2002) e Facilitação em Metodologias Ativas (HSL/IEP, 2011). Doutorando em Odontologia – Saúde Coletiva (PUCPR). Coordenador do Programa Saúde do Coração da SMS Curitiba (2011-2012). Coordenador do Centro de Educação em Saúde, SMS Curitiba.
Beatriz Battistella Nadas	Cirurgiã Dentista (UFPR, 1983). Especialista em Odontologia em Odontopediatria (USP Bauru, 1985), Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1995), Especialista em Gestão de Assuntos Públicos (PUCPR, 2004). Diretora do Centro de Assistência à Saúde SMS Curitiba (2011-2012). Superintendente da SMS Curitiba (2012). Chefe do serviço de Vigilância Sanitária, DS Pinheirinho, SMS Curitiba.
Camila Ament Giuliani dos Santos Franco	Médica (UMC, 2004), com residência em Medicina de Família e Comunidade (GHC, 2007). Mestre em Tecnologias em Saúde na (PUC/PR, 2012). Professora (PUCPR) no internato em Medicina da Família e Comunidade, colaboradora na coordenação da Atenção Primária à Saúde da SMS de Curitiba. Coordenadora da Carteira de Serviços, SMS Curitiba.
Claudia Palm	Médica (FEMPAR, 1998). Residência em Clínica Médica (FEMPAR, 2000). Estagiária em Infectologia (USP, 2001). Professora de Infectologia (UFCE, 2004-2008). Coordenadora do Programa de Tabagismo SMS Curitiba.
Claudia Schneck de Jesus	Fisioterapeuta (PUCPR, 1994). Especialista em Saúde Coletiva (UP, 2011). Especialista em Auditoria, Gestão e Vigilância Sanitária em Saúde (SPEI, 2012). Especialista em Traumatologia-Ortopédica Funcional (COFFITO, 2008); Especialista em Terapia Manual e Postural (CESUMAR, 2004). Coordenadora de Fisioterapia da SMS Curitiba (2006-2012). Fisioterapeuta da Coordenação da Carteira de Serviços, Departamento de Atenção Primária em Saúde, SMS Curitiba.
Cleide Aparecida de Oliveira	Enfermeira (PUCPR, 1984). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2010). Especialista em Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ, 1991). Supervisora Municipal de Saúde do DS Cajuru/SMS Curitiba (2002-2013). Diretora do Centro de Epidemiologia da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná.
Cristiane Honório Venetkides	Psicóloga (UFPR, 1990). Especialista em Saúde Mental Comunitária (PUCPR, 1997). Coordenadora de Saúde Mental da SMS Curitiba (1998-2012). Auditora de Saúde Mental, SMS Curitiba.
Edvin Javier Boza Jimenez	Médico (PUCPR, 1972). Residência em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde – Ênfase Materno Infantil (Instituto Sírio Libanês, 2012). Coordenador Programa Mãe Curitibana (1999-2012). Médico Gineco-Obstetra Centro de Assistência à Saúde, SMS Curitiba.
Eliane Regina da Veiga Chomatas	Médica (FEPAR, 1983), Residência Médica em Pediatria (HUEC, 1986). Especialista em Gestão Estratégica de Serviços (FGV-RJ, 2000). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2010). Secretária Municipal da Saúde de Curitiba (2010-2012). Técnica da Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo à Qualidade, Departamento de Atenção Primária em Saúde, SMS Curitiba.

Gerson Luiz Schwab	Cirurgião Dentista (UEPG, 1976). Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares (FOP-USP, 1993). Mestre em Saúde Coletiva (PUCPR, 2011). Doutorando em Saúde Coletiva (PUCPR, ingresso em 2011). Coordenador Regional de Saúde Bucal na 21ª RS – Telêmaco Borba, SESA PR. Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (PUCPR).
Gustavo Pradi Adam	Médico (UFPR, 2001). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Associação de Terapia Cognitivo-Comportamental (2009) e em Psiquiatria (UFPR, 2003). Colaborador da equipe da Coordenação de Saúde Mental da SMS Curitiba (2006-2013). Médico de Família UBS Camargo.
Inês Kultchek Marty	Enfermeira (PUC/PR, 1984). Especialista em Gerenciamento de Unidades de Saúde (PUC/PR, 1995). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2012). Chefe de Gabinete da SMS – Curitiba (2010-2012). Superintendente de Gestão.
Izabel do Rocio Costa Ferreira	Cirurgiã Dentista (PUCPR, 1990). Doutora em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva (PUCPR, 2012). Professora do Setor de Educação Profissional e Tecnológica da Universidade Federal do Paraná. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da PUCPR.
Julia Valéria Ferreira Cordellini	Médica (UFAL, 1984). Residência Médica em Pediatria (IASERJ, 1986). Especialista em Pediatria (SBP, 1991). Especialista na Área de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (USP, 1999). Especialista em Adolescência (SBP, 2001). Especialista em Educação em Saúde (FEPAR, 2005). Aperfeiçoamento em Qualificação de Gestores do SUS (FIOCRUZ, 2009). Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPR). Coordenadora Municipal do Programa Adolescente Saudável, SMS (2003-2010). Supervisora Municipal de Saúde DS Boqueirão (2011-2012). Chefe da Divisão de Vigilância de Doenças Transmissíveis da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná.
Liliane Barbosa Correa	Enfermagem (PUCPR, 1988). Administradora (FESP, 1992). Especialização em Saúde Coletiva (UNICEMP, 2010). Especialização em Cardiologia Básica e Avançada (PUCPR, 2011). Assessora em Saúde no Centro de Informação em Saúde (2011-2012). Enfermeira na UBS Rio Bonito.
Lurdes Terezinha Pchebilsk	Médica (FEPAR, 1988). Residência em Ginecologia e Obstetrícia (Santa Casa, 1991). Apoio Técnico do Programa Mãe Curitibana (2009-2012). Médica do Centro de Assistência à Saúde, SMS Curitiba.
Mariana Thomaz	Cirurgiã Dentista (UFPR, 1992). Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (UFPR, 1996). Especialista em Administração em Serviços de Saúde (PUCPR, 1998). Especialista em Monitoramento e Avaliação de Programas de Saúde (ENSP, 2004). Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde (SPEI, 2012). Mestre em Monitoramento e Avaliação de Programas de Saúde (ENSP, 2006). Coordenadora Municipal do Programa de DST/AIDS, SMS Curitiba (2003-2010). Supervisora Municipal de Saúde do DS CIC, Curitiba (2010-2013). Cirurgiã Dentista da UBS Monteiro Lobato.
Nilza Teresinha Faoro	Enfermeira (PUCPR, 1986), especialista em Saúde Pública (UNAERP, 1992), Saúde do Trabalhador (UFPR, 1997) e Epidemiologia (IBPEX, 2010). Coordenadora de Informação, Avaliação e Incentivo à Qualidade, DAPS, SMS Curitiba.

Raquel Ferraro Cubas	Cirurgiã Dentista (UFPR, 1993). Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1996). Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde (FEPAR, 2003). Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde: ênfase materno-infantil (Hospital Sírio e Libanês, 2012). Mestrada em Gestão da Tecnologia e Inovação em Saúde (Hospital Sírio e Libanês). Diretora do Centro de Informação em Saúde da SMS – Curitiba (2206-2012). Chefe do Serviço de Epidemiologia, DS Pinheirinho, Curitiba.
Roberto Eduardo Bueno	Cirurgião Dentista (UFPR, 1998). Doutor em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Coletiva (PUCPR, 2011). Cirurgião Dentista da Prefeitura Municipal de Curitiba. Pesquisador do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da PUCPR.
Rosane Tumelero Fanchin	Enfermeira (Universidade de Caxias do Sul, 1983). Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde (ENSP, 2005). MBA em Gestão e Auditoria em Saúde (Faculdades SPEI, 2012). Assessora de Tecnologia da Informação SMS Curitiba.
Samuel Jorge Moysés	Cirurgião Dentista (PUC/PR, 1983). Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública (Universidade de Londres, Inglaterra, 1999). Professor titular da PUC/PR, professor adjunto da UFPR, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Curitiba. Consultor do Ministério da Saúde do Brasil em Vigilância em Saúde Bucal.
Simone da Graça das Chagas Lima	Educadora Física (UFPR, 1987). Especialista em Treinamento Esportivo (UFPR, 1991). Coordenadora de Promoção da Saúde, CIS/SMS (2011-2012). Gerente do Almoxarifado Central, SMS Curitiba.
Simone Tetu Moysés	Cirurgiã Dentista (PUC/PR, 1983), Mestre em Odontologia Social (UFRN, 1989). Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública (University of London, 1999). Professora Titular da PUCPR. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva (PUCPR). Coordenadora da pesquisa avaliativa do LIACC. Técnica da Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo à Qualidade, DAPS, SMS Curitiba.
Solena Ziemer Kusma	Cirurgiã Dentista (PUC/PR, 2001). Doutora em Odontologia – Saúde Coletiva (PUC/PR, 2011). Mestre em Epidemiologia e Saúde Coletiva (University College London, 2004). Professora do Curso de Medicina (PUCPR). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva PUCPR.
Soriane Kieski Martins	Enfermeira (UFPR, 1989). Mestre em Enfermagem (UFPR, 2006). Especialista em Saúde Coletiva (UFPR, 2004), Enfermagem em Projetos Assistenciais (UFPR, 2002), Gerontologia (IBPEX, 2010). Coordenadora de Enfermagem da SMS Curitiba (2010-2012).

Relatos de experiências

Eliane Lima	UBS Alvorada
Daniela Hieda Rocha Márcia Lucia Poczenek Simone Tomiak	UBS Barigui
Joelma Amélia Muniz Ilda Araújo Dias Agner Katalin Mehes	UBS Caiuá
Fabiola Rosa Machado	UBS Irmã Tereza Araújo
Verenice Poletini Rosa	UBS Moradias Belém
Raquel L. Cassapula	UBS Waldemar Monastier
Mariza Alquieri Raymundo	UBS Sabará
Eliana Cristina Machiavelli de Santana Jair Rodrigues Ribeiro Juliana Christina Gaioski Regina Maria de França Thayza Priscilla Broza	NAAPS Boqueirão
Caroline Cherpinski Zibetti Helen Rejane Dorneles Rautmann Nelise Garcia Patricia Vitorio Olmedo Simone Silveira Araújo	NAAPS CIC 2

Equipes de Saúde da Família da UBS Alvorada



Foto 26. Equipes de Saúde da Família UBS Alvorada (fotógrafo: Everson Bressan – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ALVORADA 1	
Antonina Martins de Matto	Agente Comunitário
Celeste da Silva Dias Ferreira	Técnico em Saúde Bucal
Claudia Compoi Roman	Enfermeiro
Claudinei Xavier da Costa	Auxiliar Enfermagem
Denise Mari Mendes Nunes Xisto	Auxiliar Enfermagem
Kelly Botelho Garcia da Rocha	Agente Comunitário
Marli Fanis	Auxiliar Enfermagem
Neila Cardoso Ferreira Damacen	Médico
Rosângela Filbert	Auxiliar Enfermagem
Rosilda D. Aquino Pinto	Auxiliar Enfermagem
Sandra da Silva Silveira	Agente Comunitário
Sonia Maria Lainequer	Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ALVORADA 2	
Aldira Ferreira Lachowski	Auxiliar em Saúde Bucal
Celio da Silva de Siqueira	Agente Comunitário
Eliane de Mello Antunes	Médico
Eliane Figueiredo Saquetti	Enfermeiro
Iolanda Stupp	Auxiliar Enfermagem
Jessia Bento Gobo Moraes	Auxiliar Enfermagem
Karine Parana e Silva Landi	Auxiliar Enfermagem
Keyni Leticia AndizyiskiDuart	Auxiliar Enfermagem
Magda Cristina Dias Barbosa	Cirurgião Dentista
Marcelo Arialdo Porcino	Agente Comunitário
Marcilene Vieira dos Santos	Auxiliar em Saúde Bucal
Margarete Tscha do Prado	Técnico em Saúde Bucal
Rosimeire Ferreira de Mattos	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) ALVORADA 3	
Celine Pires de Assis	Agente Comunitário
Claudio Alvino da Silva	Médico
Elaine Rosa Bonfim	Enfermeiro
Helena Maria da Silva	Auxiliar Enfermagem
Josines Bitencourt da Conceica	Auxiliar em Saúde Bucal
Luciana Ferreira Freire	Auxiliar Enfermagem
Michel Deolindo	Cirurgião Dentista
MichelliFanis Marcondes	Agente Comunitário
Raphaela Xavier De Oliveira	Auxiliar Enfermagem
Salete Cristina Albini	Auxiliar em Saúde Bucal
Waleria Regina Gonçalves	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Barigui



Foto 27. Equipes de Saúde da Família UBS Barigui (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) BARIGUI A	
Ana Maria Ferreira Diniz	Médico
Beatriz Kinczel	Auxiliar Enfermagem
Devanir Carvalho dos Santos	Agente Comunitário
Helena Mitiko Tanoye	Enfermeiro
Jacqueline Barbosa Bernini	Cirurgião Dentista
Neide Margareth Merci Nogueira	Técnico em SB
Rosineia Guimaraes	Auxiliar Enfermagem
Sandra Mara Gavlovski	Auxiliar em SB
Selma Eliane da Cruz Schuitek	Auxiliar Enfermagem
Shirlei do Rocio Stelmack	Auxiliar Enfermagem
Sueli Aparecida de Lima Silva	Agente Comunitário
Sueli Terezinha Ribeiro	Agente Comunitário
Vilma Camargo Antunes	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) BARIGUI B	
Bruno Marach Bizinelli	Médico
Camila Ament Giuliani dos Santos	Médico
Christiane Micoski da Costa	Enfermeiro
Eliane de Souza de Freitas	Agente Comunitário
Erlí Lopes Martins	Agente Comunitário
Evani Maria dos Santos	Agente Comunitário
Helena de Fatima Abdala	Técnico em Saúde Bucal
Jose Benjamin Gutsein	Cirurgião Dentista
Lucivania Aparecida dos Reis	Auxiliar Enfermagem
Maria Bernadete Nandi	Auxiliar Enfermagem
Maria Ines Wonsovicz Ferreira	Auxiliar Enfermagem
Reviani Martins Teixeira	Agente Comunitário
Zilda da Costa	Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) BARIGUI C	
Geneci Alves de Souza	Agente Comunitário
Giovana Aparecida Garrido	Agente Comunitário
Gisele Silvestre da Silva	Agente Comunitário
Gorete Maria Martins	Técnico em Saúde Bucal
Leoni Rosa Branco	Auxiliar Enfermagem
Marcia Lucia Poczenek	Enfermeiro
Maria do Rocio Ribeiro Santos	Auxiliar Enfermagem
Maria Helena Kawase	Cirurgião Dentista
Rosália Ana de Andrade	Auxiliar em Saúde Bucal
Rosenilda da Piedade de Moraes	Auxiliar Enfermagem
Sueli Pereira Liteka	Médico
Suely Aparecida Adão	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) BARIGUI D	
Danilo Sergio Menezes de Aguiar	Médico
Denise Pereira	Agente Comunitário
Edilaine Gonçalves Gomes Bail	Agente Comunitário
Elisangela Vilha	Auxiliar Enfermagem
Hildo Jose Albini	Auxiliar Enfermagem
Leoni Baptista Machado	Auxiliar Enfermagem
Maria Aparecida Ferreira	Agente Comunitário
Maria Ivone Chempeck de Paula	Auxiliar Enfermagem
Simone Tomiak	Enfermeiro
Suzete Gomes de Oliveira	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Caiuá



Foto 28. Equipes de Saúde da Família UBS Caiuá (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) CAIUÁ A	
Ana Paula dos Santos Lopes	Agente Comunitário
Aryadna Pires de Oliveira	Médico
Clarice Maria Cavagnolli	Agente Comunitário
Eliane dos Santos Hartz	Auxiliar Enfermagem
Helena Malisaki	Técnico em SB
Ilda Araújo Dias Agner	Enfermeiro
Ilda Cardoso de Sa	Agente Comunitário
Izabel Cristina Lattmann Silveira	Agente Comunitário
Jandira Martins da Silva	Auxiliar Enfermagem
Maria de Fatima Mattana	Cirurgião Dentista
Maria Lenita Patesser Correa	Auxiliar Enfermagem
Neusa Ferreira de Souza	Auxiliar Enfermagem
Pedro Herrerias Neto	Médico
Rosmari Machado da Rosa	Agente Comunitário
Terezinha Aparecida Fernandes	Auxiliar em SB

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) CAIUÁ B	
Cleonice Clemente Dario	Auxiliar em Saúde Bucal
Elcia Thuiller Maftum	Auxiliar Enfermagem
Ivone Terezinha Zevir	Técnico em Saúde Bucal
Josiane Camargo de Oliveira	Agente Comunitário
Katalin Mehes	Enfermeiro
Katia Silene da Silva Ribeiro	Auxiliar Enfermagem
Laudicreia Collaco	Auxiliar Enfermagem
Luciana Silveira Bakaus	Cirurgião Dentista
Maria Jovelina Vaz da Rocha	Auxiliar Enfermagem
Mario Farah Rafka	Médico
Norma Sueli Lima	Auxiliar Enfermagem
Priscila De Freitas Zacarias	Agente Comunitário
Silvia Mara da Silva	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) CAIUÁ C	
Cleidineia dos Santos	Auxiliar em Saúde Bucal
Fabio Cezar Freitas Hermann	Auxiliar Enfermagem
Gertrudes Rosa de Souza de Mel	Auxiliar em Saúde Bucal
Joelma Amelia Muniz	Enfermeiro
Marcia Costa Henrique	Agente Comunitário
Neuza Haidamacha	Auxiliar Enfermagem
Nicoleta Mori	Auxiliar em Saúde Bucal
Priscila Kobayashi Bonatto J.	Médico
Rosangela Cardoso de Sá	Agente Comunitário
Solangela Rosa da Silva	Auxiliar Enfermagem
Tatiana Nascimento Braga Tocci	Cirurgião Dentista
Tatiane Maria dos Santos	Agente Comunitário
Terezinha Motta Alves Martins	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Irmã Tereza Araújo



Foto 29. Equipes de Saúde da Família UBS Irmã Tereza Araújo
(fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) IRMÃ TEREZA ARAÚJO 1	
Ana Maria Goncalves Batista	Agente Comunitário
Mariaelena Rodrigues Mello	Técnico em Saúde Bucal
Carla Josefa Chiuratto da Silva	Cirurgião Dentista
Sylvane Morking	Enfermeiro
Fabiana Izabel Pereira	Auxiliar Enfermagem
Maria Aparecida Galiciani J.	Auxiliar Enfermagem
Adair Machado Martins	Agente Comunitário
Lucia Spacki	Auxiliar Enfermagem
Silvio Miranda	Médico
Rita Lurdes Donasiki	Auxiliar Enfermagem
Ana Maria Martins de Lorena M.	Agente Comunitário
Veronica Maria Woitscheckovsky	Agente Comunitário
Eunice Candido Laureano	Agente Comunitário
Elizabeth Willians da Silva	Auxiliar em Saúde Bucal
Ana de Fatima Polli Paes de M.	Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) IRMÃ TEREZA ARAÚJO 2	
Alaide Ventura da Silva	Auxiliar Enfermagem
Alzira Ferreira	Técnico em Saúde Bucal
Ana Maria de Araujo Correia	Agente Comunitário
Cristina Piculski Gregorio	Auxiliar Enfermagem
Daniel Fernando Ruthes	Médico
Eliana Cristina da Silva	Agente Comunitário
Michele Kessler Xavier	Enfermeiro
Monica Cecília dos Santos	Auxiliar em Saúde Bucal
Rosenei da Silva	Agente Comunitário
Sheila Holzmam Gaio	Cirurgião Dentista
Silmara Rosangela Ferreira R.	Agente Comunitário
Vanda Couto Schoneborn de Mora	Auxiliar Enfermagem
Veronica Piculski Soares	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) IRMÃ TEREZA ARAÚJO 3	
Ana Maria Goncalves Batista	Agente Comunitário
Delirdes Mari da Silva	Auxiliar em Saúde Bucal
Frida Hilda Rudolf	Auxiliar em Saúde Bucal
Isabel Cristina Ostmaniec	Auxiliar Enfermagem
Lucia Aparecida da Silva Cardo	Auxiliar Enfermagem
Margarida de Jesus Machado	Auxiliar Enfermagem
Maria de Fatima Cruz	Auxiliar Enfermagem
Maria Terezinha Valiente	Agente Comunitário
Marilza Aparecida Batista	Agente Comunitário
Marisa de Carvalho Bastos	Médico
Rejane Cristina Perretto Preco	Cirurgião Dentista
Sandra Correa Feliciano	Enfermeiro
Sílvia da Luz Sebold	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Moradias Belém



Foto 30. Equipes de Saúde da Família UBS Moradias Belém
(fotógrafo: Everson Bressan – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) MORADIAS BELÉM 1	
Adirce Miloca Dannenhauer	Auxiliar Enfermagem
Aparecida de Fatima Taborda	Agente Comunitário
Cintia Mara Sandrini de Lima	Cirurgião Dentista
Cynthia Ferreira do Rosário	Auxiliar Enfermagem
Daniela Vieira Marques de Frei	Enfermeiro
Jocelia do Rocio Arbaiteir Slom	Auxiliar em SB
Maria Elisabete de Araújo A.	Agente Comunitário
Marisa Eliane Oliveira da Silva	Agente Comunitário
Neide Cipriano de Carvalho	Agente Comunitário
Simone Bernardes de Castro	Médico
Sonia Nara Pereira de Oliveira	Auxiliar Enfermagem
Vanessa de Fátima Dumas	Auxiliar Enfermagem
Wilma Gonçalves Penas	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) MORADIAS BELÉM 3	
Debora Cristina Lutes de Aguiar	Agente Comunitário
Delira Lemes	Auxiliar em Saúde Bucal
Juciley do Rocio Ribeiro	Agente Comunitário
Juliana de Rezende	Enfermeiro
Ketemen Lucy Cardoso	Auxiliar Enfermagem
Lucineth da Silva	Técnico em Saúde Bucal
Maria da Graça Araújo Garcia	Médico
Maria Eliza Miranda Monteiro	Auxiliar Enfermagem
Marina Nascimento dos Santos	Auxiliar Enfermagem
Mirian Cruz de Souza	Cirurgião Dentista
Rosineide de Camilo de Carvalho	Agente Comunitário
Simone Roseli Leal de Melo	Agente Comunitário
Sueli Aparecida Faria Rodrigue	Auxiliar Enfermagem
Sueli do Carmo Polli Lexinoski	Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) MORADIAS BELÉM 4	
Cristiane Rodrigues de Carvalho	Agente Comunitário
Dalva Santana de Oliveira	Auxiliar em Saúde Bucal
Doralina S. Franco	Auxiliar Enfermagem
Edivanea Barbosa Xavier	Auxiliar em Saúde Bucal
Eliege Alves Xavier	Técnico em Saúde Bucal
Helena Maria Sardeto	Cirurgião Dentista
Jorgiane Aparecida Poleski	Auxiliar Enfermagem
Linda Alcir das Neves Procópio	Agente Comunitário
Lucilaine do Rocio Soares de L.	Médico
Margareth Gama	Auxiliar Enfermagem
Maria Marlene North do Rosário	Auxiliar Enfermagem
Marley Cristina Ribeiro	Agente Comunitário
Roselis Dilone Rewai Paraná E.	Auxiliar Enfermagem
Shalimar Célla de Oliveira	Enfermeiro
Viviane Pikes	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Waldemar Monastier



Foto 31. Equipes de Saúde da Família UBS Waldemar Monastier
(fotógrafo: Jaelson Lucas – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) WALDEMAR MONASTIER 1	
Ana Paula Amaral Ceschin	Auxiliar Enfermagem
Aparecida Antonia Christinelli	Auxiliar Enfermagem
Denise do Rocio Ulson	Enfermeiro
Denise Raquel Rodrigues da S.	Médico
Leonilda de Oliveira Borges	Técnico em Saúde Bucal
Lindamir Valentim de Carvalho	Auxiliar Enfermagem
Marcelo José de Oliveira Vasco	Cirurgião Dentista
Maria Ivanete de Aguiar de C.	Agente Comunitário
Maristela Vilela	Agente Comunitário
Nasidi Marcaneiro	Auxiliar em Saúde Bucal
Odete Nogueira da Costa	Agente Comunitário
Vera Lúcia Valentim de Carvalho	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) WALDEMAR MONASTIER 2	
Andrea Crisciane da Silva	Agente Comunitário
Bárbara Cotting Meira	Auxiliar Enfermagem
Camila Piovezan	Auxiliar Enfermagem
Crisalba Vaz Schulli Cunha	Auxiliar em Saúde Bucal
Katia Massola Alves	Auxiliar Enfermagem
Lucimar Cristina Ferreira	Agente Comunitário
Marcia Coelho Cavalheiro	Agente Comunitário
Marcia Regina Savi	Técnico em Saúde Bucal
Margarete Regina Silva Michals	Auxiliar em Saúde Bucal
Mariangela De Assis Gomes F.	Cirurgião Dentista
Marilda Kruger	Enfermeiro
Romana Aparecida Soares	Médico
Samira Aparecida Fraiz	Auxiliar Enfermagem
Tania Maria Cardoso	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) WALDEMAR MONASTIER 3	
Anna Paula Morgenstern Camp.	Cirurgião Dentista
Denise Decollin	Agente Comunitário
Edla Freires da Silva Kovalhuk	Auxiliar em Saúde Bucal
Francielle Cristine Schatzmann	Auxiliar Enfermagem
Iraci Pereira de Medeiros	Auxiliar em Saúde Bucal
Janaina Ester de Aguiar	Agente Comunitário
Juliana Pamela Pontes	Auxiliar Enfermagem
Leo Fernandes da Silva	Auxiliar Enfermagem
Luciane Carla Drapalski	Enfermeiro
Madrilene de Fatima Zanoni K.	Agente Comunitário
Sayonara Carrijo Machado	Médico

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipes de Saúde da Família da UBS Sabará



Foto 32. Equipes de Saúde da Família UBS Sabará (fotógrafo: Valdecir Galor – SMCS, PMC)

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SABARÁ A	
Ana Maria Meira Bilha	Auxiliar Enfermagem
Andrea Fatima Belleti	Agente Comunitário
Celia da Silva Rocha	Auxiliar Enfermagem
Jocemara Santos Pinto da Silva	Auxiliar Enfermagem
Larissa Fedosenko	Cirurgião Dentista
Luciene Izabel Broca	Enfermeiro
Luiz Frederico de Mello	Médico
Marcia Regina de Borba Ferreira	Técnico em SB
Maria Jose Afonso	Auxiliar Enfermagem
Maria Jose dos Santos	Agente Comunitário
Maria Zeni da Silva Santos	Agente Comunitário
Regina Leonor Bernardes	Auxiliar em SB
Sandra Regina Godoi	Auxiliar em SB
Zilma Pereira Damasceno	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SABARÁ B

Carolina Guerra de Andrade M.	Enfermeiro
Claudete do Carmo Burer Mazier	Técnico em Saúde Bucal
Dulcineia Novaes Pessoa	Auxiliar Enfermagem
Eliane dos Santos Araujo	Auxiliar em Saúde Bucal
Erci Aparecida Pedroso dos S.	Agente Comunitário
Janete de Souza Schirmer	Agente Comunitário
Joao Luis dos Santos Pinto	Agente Comunitário
Marciolete Beatriz da Silveira	Auxiliar Enfermagem
Maria Jose Alves de Lima	Auxiliar Enfermagem
Maria Jose Grillo Cabral	Médico
Valdelice Rosa Clementino	Agente Comunitário
Vera Lucia Hamamoto Sano	Cirurgião Dentista

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SABARÁ C

Adriana Mika Uemura Murakami	Cirurgião Dentista
Ana Paula Teles dos Santos B.	Agente Comunitário
Angela Maria da Silva	Auxiliar em Saúde Bucal
Geni dos Santos	Auxiliar em Saúde Bucal
Lidia Claudia Lozinski	Auxiliar Enfermagem
Nivea Franca Pigatto	Enfermeiro
Raquel Tatiane Heep Bertozzi	Médico
Regiane Corcini de Melo	Enfermeiro
Rosa Antunes Teixeira	Agente Comunitário
Rosely Bertagi	Auxiliar Enfermagem
Sandra Mariza de Miranda	Agente Comunitário
Silvana Rodrigues Franca	Auxiliar Enfermagem
Vania Mara Celestino	Auxiliar Enfermagem
Vera Tibaes de Mendonca Batista	Agente Comunitário
Zélia Regina Rocha	Técnico em Saúde Bucal

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SABARÁ D	
Ana Carolina Sant Ana	Auxiliar Enfermagem
Catia Guimaraes Dias Torres	Médico
Dirce dos Santos	Agente Comunitário
Fabiana Miyuki Miyato	Enfermeiro
Geise Baptista Raimundo	Auxiliar Enfermagem
Gina Praseres de Lima Checon	Agente Comunitário
Maria Socorro Skruck	Auxiliar Enfermagem
Rejane Krause Rodrigues	Auxiliar Enfermagem
Sirlei Aparecida da Silva	Agente Comunitário

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipe do Núcleo de Apoio em Atenção Primária à Saúde – NAAPS Cajuru 3 Alvorada 1

EQUIPE NAAPS – CAJURU 3 ALVORADA 1	
Lúcia Sumie Omi	Nutricionista
Oswaldo Pantarolo Vaz	Farmacêutico
Eliane Cristina de Lima Babiak	Fisioterapeuta
Caroline Santos de Souza Nascimento	Psicóloga
Kaimi Pereira Costa	Educador Físico

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipe do Núcleo de Apoio em Atenção Primária à Saúde – NAAPS Boqueirão 2

EQUIPE NAAPS – BOQUEIRÃO 2	
Regina Maria de França	Nutricionista
Juliana Cristina Gaioski	Farmacêutico
Thaiza Priscilla Broza	Fisioterapeuta
Eliana Cristina Maquiavelle de Santana	Psicóloga
Jair Rodrigues Ribeiro	Educador Físico

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Equipe do Núcleo de Apoio em Atenção Primária à Saúde – NAAPS CIC 2

EQUIPE NAAPS – CIC 2	
Patrícia Vitória Olmedo	Nutricionista
Simone Silveira Araújo	Farmacêutico
Helen Rejane Dorneles Rautmann	Fisioterapeuta
Nelise Garcia	Psicóloga
Caroline Cherpinski	Educador Físico

Fonte: SCENES competência dezembro de 2012.

Conselho Local de Saúde da UBS Alvorada – Distrito Sanitário Cajuru – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Augusto Luiz de Lima	Usuário	Titular	OSSA – Ass. Rogacionista de Ed. e Ação Social
Célio da Silva de Siqueira	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Cintia Mara Sandrini Lima	Gestor	Titular	SMS Curitiba
Claudia Campoi Roman	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Elaine Rosa Bonfim	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Elza Brito	Usuário	Suplente	Asso. Ben. Cult. Rec. e Esp. Moradas Itibere
Eunice Pereira dos Santos	Usuário	Titular	JOCUM – Jovens com uma Missão
Francimari Valério Mickosz	Gestor	Suplente	SMS Curitiba
Gislene Ap. Moraes dos Santos	Usuário	Suplente	Asso. Moradores Jardim Icarai
Iolanda Onieski Trizotte	Usuário	Titular	Prog. Hipertenso
Iolanda Stupp	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Isadora Macedo Freitas Pinto	Usuário	Suplente	JOCUM – Jovens com uma Missão
Janelice C. dos Santos Rodrigues	Usuário	Suplente	Cen. de Des. Integral Recanto Esperança

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Júlio de Souza Brito	Usuário	Titular	Ass. Ben. Cult. Rec. e Esp. Moradias Itibere
Lisiane Gastaldim Rezende	Usuário	Titular	APPF Maria Marli Piovezan
Luiz de Brito de Macedo	Usuário	Titular	Asso. de Mor. Jd. Centauro
Margarete Tscha do Prado	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Maria Cristina Tanaka Arai	Gestor	Titular	SMS Curitiba
Maria de Jesus Pereira Lima	Usuário	Titular	Grupo de Ginástica Saúde em Movimento
Maria Sirlene D. Vanderbrock	Usuário	Suplente	Prog. Hipertenso
Maria Valdivia Betto	Usuário	Suplente	APPF Maria Marli Piovezan
Michel Deolindo	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Michelli Fanis Marcondes	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Roque Soares de Campos	Usuário	Suplente	Asso. de Mor. Jd. Centauro
Salette Latchuk Martins	Gestor	Suplente	SMS Curitiba
Sueli Fidelcino Assunção	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Thomas Bleiker	Usuário	Titular	Cen. de Des. Integral Recanto Esperança
Zenilda Loffagem	Usuário	Suplente	Grupo de Ginástica Saúde em Movimento

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Caiuá – Distrito Sanitário CIC – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Altair Damas Rossato	gestor	titular	UBS Tancredo Neves
Amélia Rodrigues Galvino	usuário	titular	APPF CMEI Vera Cruz II
Ângela H. David João	gestor	titular	UBS São José
Antonio Carlos dos Santos	usuário	suplente	Associação de Moradores Conjunto Caiuá – Ilhéus
Delourdes de Lima	usuário	titular	Igreja do Evangelho Quadrangular

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Éderson Machado	usuário	titular	Associação de Moradores Conjunto Caiuá – Ilhéus
Elenice Ortrowski	trabalhador	titular	UBS Caiuá
Eliane dos Santos Hartz	trabalhador	suplente	UBS Caiuá
Fabio Cesar Freitas Hermann	trabalhador	titular	UBS Caiuá
Gertrudes R. de S. Melo	trabalhador	suplente	UBS Caiuá
Ilda Araujo Dias Agner	trabalhador	suplente	UBS Caiuá
Issac Alves da Fonseca	usuário	titular	Igreja Evangélica Assembléia de Deus
Jaime de Souza	usuário	suplente	Igreja do Evangelho Quadrangular
Katia Silene da Silva	trabalhador	suplente	UBS Caiuá
Leonina Gois Rodrigues	usuário	titular	Projeto Construindo o Futuro
Maria Expedita da Rocha	usuário	titular	Grêmio Recreativo e Beneficente Vera Cruz I e II
Maria Leni Alves	usuário	titular	Pastoral da Criança – Igreja Católica Santa Edwiges
Maria Luiza Perez Arthur	gestor	suplente	UBS Cândido Portinari
Maria Stela Elias	gestor	titular	DSCIC – Coordenação de Informação
Mariana Thomaz	gestor	suplente	DSCIC – Supervisora
Miguel Alves Altino	usuário	suplente	Igreja Evangélica Assembléia de Deus
Ozias G. de Oliveira	usuário	suplente	Grupo de Hipertenso
Regiane Corcini de Melo	trabalhador	titular	UBS Caiuá
Rosangela de Oliveira Aleixo	usuário	suplente	Projeto Construindo o Futuro
Silvana Ribeiro Pienta	gestor	suplente	UBS Tancredo Neves
Silvia Mara da Silva	trabalhador	suplente	UBS Caiuá
Solange Rosa da Silva	trabalhador	titular	UBS Caiuá
Teresa de Souza Oliveira	usuário	titular	Grupo de Hipertenso
Vera Regina Gel	usuário	suplente	APPF CMEI Vera Cruz II

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Barigui – Distrito Sanitário CIC – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Célia Regina Evangelista	usuário	titular	Asso. de Moradores da Vila Alto Barigui
Chiley A Garcia Cardoso	usuário	titular	Centro Comunitário Alto Bela Vista
Cleosa Ramos de Lima	usuário	titular	Clube de Mães Jd. Independência
Daniel Marques dos Santos	usuário	titular	Asso. de Moradores Vila Concórdia
Daniela Hieda Rocha	gestor	titular	UBS Barigui
Davi Costa de Matos	usuário	titular	Centro Comunitário Nova Barigui
Denilson A Oliveira	usuário	suplente	Asso. de Moradores e Amigos da Vila Nova Barigui
Geneci Alves de Souza	trabalhador	titular	UBS Barigui
Helena de Fátima Abdala de Farias	trabalhador	titular	UBS Barigui
Iara Regina Z. Zanca	gestor	titular	UBS Vitória Régia
Jacqueline B. Bernini	trabalhador	suplente	UBS Barigui
Joaquim Maciel	usuário	suplente	Centro Comunitário Nova Barigui
Joel Berbeki	usuário	titular	Asso. de Moradores e Amigos da Vila Nova Barigui
Julio M. da Silva	usuário	titular	Asso. Comunitária dos Moradores Vila Luana
Maria Inês W. Ferreira	trabalhador	suplente	UBS Barigui
Maria Luzitania da Silva	trabalhador	suplente	UBS Barigui
Mariana Thomaz	gestor	suplente	DS CIC
Mariza Alquieri Raymundo	gestor	titular	UBS Barigui
Nair Costa Evangelista	usuário	titular	Pastoral da Criança da Igreja N. Sra de Fátima
Neide Margareth Merci Nogueira	trabalhador	titular	UBS Barigui
Norma Lucia de Campos Tarifa	usuário	titular	Clube de Mães Alto Barigui

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Sandra Mara Gavloski	trabalhador	suplente	UBS Barigui
Sérgio dos Santos	usuário	titular	Asso. Mor. Vila Colombo I e II e Jd. Independência
Sérgio Maceno dos Santos	usuário	suplente	Asso. de Moradores Vila Concórdia
Silvana de Bruno	trabalhador	titular	UBS Barigui
Silvinha Oliveira Porto	trabalhador	suplente	UBS Barigui
Simone Torniak	trabalhador	titular	UBS Barigui
Thais Gonçalves Petry	gestor	suplente	UBS Taiz Viviane Machado
Valdemir Pedro da Silva	usuário	suplente	Asso. Catadores Mat. Recicláveis Novo Amanhecer

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Sabará – Distrito Sanitário CIC – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Adriana M. U. Murakami	trabalhador	titular	UBS Sabará
Ana Maria Meira Bilha	trabalhador	suplente	UBS Sabará
Ana Paula Machado	gestor	suplente	UBS Vila Verde
Angela Maria da Silva	trabalhador	suplente	UBS Sabará
Carlos Casturino Rodrigues	usuário	titular	Asso Comunitária J. Eldorado
Daniela Hieda Rocha	gestor	titular	UBS Barigui
Erci Aparecida P. Teodoro	trabalhador	titular	UBS Sabará
Geise Batista Raimundo	trabalhador	titular	UBS Sabará
Gina P. L. Checon	trabalhador	suplente	UBS Sabará
Ir Emily Luci Buch	usuário	titular	Centro de Assit. Social D. Misericórdia
Ir Nelci Dal Sasso	usuário	suplente	Centro de Assit. Social D. Misericórdia
Maria Dagma Moreira	gestor	titular	UBS Caiuá
Maria do Amparo de Oliveira	usuário	suplente	Paróquia Santa Edwiges
Maria Stela Elias	gestor	suplente	DS CIC

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Mariza Alquieri Raymundo	gestor	titular	UBS Sabará
Michele C. Batista	usuário	suplente	Centro de Apoio às Famílias
Osmano Soares dos Reis	usuário	titular	Asso. Comunit. Morad. V. Esperança e N. Conquista
Paulo Sergio Teodoro	usuário	titular	Igreja Evangélica Assembleia de Deus
Rosa Soares Greczgoscho	usuário	titular	Paróquia Santa Edwiges
Sebastião D. Fagundes	usuário	suplente	Asso Comunitária J. Eldorado
Sebastião Sampaio	usuário	suplente	Asso. Comunit. Morad. V. Esperança e N. Conquista
Teresinha Hecker	usuário	titular	Centro de Apoio às Famílias
Thais Gonçalves Petry	gestor	suplente	UBS Taiz Viviane Machado

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Waldemar Monastier – Distrito Sanitário Boqueirão – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Alcione de Fátima Zanatta Filther	usuário	titular	APPF – Escola Nª Sª do Carmo
Alzira Ribeiro dos Santos	usuário	titular	Grupo de Apoio E Convivência
Denise Raquel R. S. Santos	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier
Eliana Terezinha de Souza da Silva	usuário	titular	Colégio Estadual Víctor do Amaral
Fabiola Rosa Machado	gestor	titular	DS Boqueirão
Iilton Norberto Robl	usuário	titular	Grupo de Hipertensos
Jorge Luis Montanho dos Santos	usuário	titular	Escola Municipal Wenceslau Braz
José Leandro Lemos	usuário	titular	Ass. de Moradores Inovar do Boqueirão
Judite Augusto de Silva	usuário	titular	Grupo de Reeducação Alimentar
Lucimar Cristina Ferreira	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Maria Midori Komiyama	gestor	titular	DS Boqueirão
Mariângela de Assis Gomes Fortes	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier
Marisa Pereira do Rosário	usuário	titular	CMEI Meia Lua
Nasidi Marçaneiro	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier
Raquel Luziany Cassapula	gestor	titular	DS Boqueirão
Rita Maria Fidalski	gestor	titular	DS Boqueirão
Samira Aparecida Fraiz	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier
Schirley Catapan	usuário	titular	Pastoral Catequese Nª Sª do Carmo
Tereza Kutcha	usuário	titular	Grupo de Fortalecimento
Vera Lucia Valentim Carvalho	trabalhador	titular	UBS Waldemar Monastier

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Irmã Tereza Araújo – Distrito Sanitário Boqueirão – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Alberto Fermin	usuário	titular	Asso. Comunitária St. Inácio de Loyola
Danieli Linhares	usuário	titular	APMF Colégio Estadual Prof. Luiza Ross
Fabiola Rosa Machado	gestor	titular	DS Boqueirão
Gertrudes da Silva Andrade	usuário	titular	APPF Escola Municipal Lapa
Ildelfonso Schillickmamm	usuário	titular	Paróquia Nossa Senhora da Paz
Maria Ilda Lemes	usuário	titular	Paróquia Nossa Senhora da Paz
Marina Santa Fermin	usuário	titular	Asso. Comunitária St. Inácio de Loyola
Marisléia P. R. Veiga	usuário	titular	APPF Escola Municipal Lapa
Mary Luz Cordeiro	gestor	titular	DS Boqueirão
Michele Kessler Xavier	trabalhador	titular	UBS ITA
Neuza Maria Cimino	trabalhador	titular	UBS ITA
Sonia Maria Coelho	gestor	titular	DS Boqueirão
Zenita Pedrozo Dionisio	usuário	titular	Grupo de Hipertensos

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Conselho Local de Saúde da UBS Moradias Belém – Distrito Sanitário Boqueirão – Gestão – 2011/2013

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Adelaide Amaral Francisco	usuário	titular	Clube de Mães Unidas Venceremos
Ademir Francisco	usuário	suplente	Asso. dos Moradores do Conjunto MB
Beatriz Carmo Molina	usuário	suplente	APPF do CMEI Vila Lorena
Conceição Da Aparecida	usuário	suplente	Grupo de Apoio Renascer
Edinaldo L. Santana	usuário	titular	Asso. Comunitária Portas Abertas
Edivanea Barbosa Xavier	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Eliane De Assis	usuário	suplente	Grupo Hipertensos E Diabéticos UBS MB
Eliege Alves Xavier	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Ervin Novakooski	usuário	suplente	APPF Escola Municipal Germano Paciornick
Heberon Barros Chaves	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém
Jerson Antonio Gzyboweski	usuário	titular	APPF Escola Municipal Germano Paciornick
João Goncalves	usuário	titular	Asso. Moradores Bela Vista E Vila Lorena
João Parobutchev	usuário	titular	Grupo de Apoio Renascer
Jorgiane Poleski	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Jucelene Do R. Dos Santos	usuário	titular	APPF CMEI Moradias Belém
Lúcia Spack	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Lucineth Da Silva	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém
Luiz Henrique Bueno	usuário	suplente	Asso Moradores Bela Vista E Vila Lorena
Maria Cilene Serafim	usuário	titular	Asso. Missionária E Educativa Santa Ana
Maria Cilene Serafim	usuário	suplente	Asso. Missionária E Educativa Santa Ana
Maria Da Graça Araújo Garcia	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém

REPRESENTANTE	SEGMENTO		INSTITUIÇÃO
Maria Marlene North Do Rosário	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém
Maria Silvani Araujo Goncalves	usuário	titular	Paróquia Santo Antônio Do Uberaba
Marina Do Nascimento Santos	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém
Marley Cristina Ribeiro	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Marta Dos Santos	usuário	titular	APPF do CMEI Vila Lorena
Miriam Cruz De Souza	trabalhador	suplente	UBS Moradias Belém
Rainoldo Weigert	usuário	titular	Grupo Hipertensos E Diabéticos UBS MB
Regiane F. Costa	usuário	titular	APPF Escola Especial Helena W Antipoff
Ricardo Stroparo	usuário	suplente	Asso. Comunitária Portas Abertas
Rosangela F. Klens	usuário	suplente	Paróquia Santo Antônio Do Uberaba
Shalimar Cella De Oliviera	trabalhador	titular	UBS Moradias Belém
Wilma G. Rodrigues	usuário	suplente	APPF Escola Especial Helena W Antipoff
Zeli Terezinha	usuário	suplente	APPF CMEI Moradias Belém

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)

Referências Bibliográficas

1. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Perfil de Curitiba. Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>.
2. IBGE. Censo demográfico 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
3. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Meio Ambiente. Curitiba: Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/meio-ambiente-de-curitiba/182>.
4. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Cebes; 2001.
5. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Saúde Curitiba. Histórico da Secretaria. Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>.
6. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Saúde Curitiba. Vigilância Epidemiológica Indicadores. Curitiba: Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilância/epidemiologica/indicadores>.
7. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
8. Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
9. Silveira Filho AD, Oliveira CA, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba – Estratégia de Implementação da Vigilância à Saúde. In: Ducci L, Pedotti M, Simão M, Moysés S, editores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001. p. 239-51.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC; 1994.

11. Giacomini CH. Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública; 2009.
12. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
13. Mendes E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
14. Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emerg Med.* 2003; 15 (1): 6-10.
15. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1993.
16. Mendes EV. A vigilância a saúde no Distrito Sanitário.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1993.
17. 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.
18. Jimenez E. Avançando na atenção materno-infantil: Programa Mãe Curitibana. In: Ducci L, Pedotti M, Simão M, Moysés S, editors. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES; 2001.
19. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial no 1.000, de 15 de abril de 2004. Hospitais de Ensino; 2004 [cited 2012 13 de dezembro]; Available from: http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1000_160404.pdf.
20. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1005/MEC/MS, de 27 de maio de 2004. Hospitais de Ensino; 2004 [cited 2012 13 de dezembro]; Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1005.htm>.
21. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mulher Curitiba. Curitiba; 2012 [cited 2012 10 de setembro]; Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mulher-curitibana-prog/programa-mulher-curitibana>.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS); 2011.
23. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester triage group. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2005.
24. Jimenez EJB, Krajden M, Uhlig R, Pchbilski T. Protocolo de Emergências e Urgências em Obstetrícia nas Maternidades Vinculadas ao Programa Mãe Curitibana; 2009 [cited 2011 18 de março]; Available from: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/urg_emer.pdf.

25. Burger M, Pchebilski LT, Sumikawa ES, Sakurada EM, Telles TM, Parabocz M, et al. O Impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a Transmissão Vertical do HIV no Município de Curitiba entre 2000 e 2009. DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis; 2011; 23 (2): 76-83.
26. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Retalório anual de gestão 2012. Curitiba: SMS; 2012 [cited 2012 3 de dezembro]; Available from: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/RAG_SMS_2012.pdf.
27. Curitiba, Câmara Municipal de Curitiba. Lei antifumo completa dois anos com bons resultados. Curitiba: CMC; 2011 [cited 2012 20 de fevereiro]; Available from: http://www.cmc.pr.gov.br/ass_det.php?not=17981.
28. Lei nº 6167/1980 de 02/10/1980. Proíbe o tabagismo nos locais que especifica e determina outras providências, (1980).
29. Lei nº 7.488, de 11 de Junho de 1986. Institui o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, (1986).
30. INCA, Instituto Nacional do Câncer. Atualidades em tabagismo e prevenção de câncer. Brasília: INCA; 2002.
31. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Como ajudar seu paciente a parar de fumar. Curitiba: SMS; 2007.
32. Lei nº 13.254, de 19 de agosto de 2009. Dispõe sobre as restrições ao uso de produtos fumígenos no município de Curitiba, (2009).
33. Brasil, Ministério da Saúde. Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília: MS; 2009.
34. Curitiba, Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação. Curitiba: SMS; 2011.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.
36. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. Curitiba: SMS; 2012.
37. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Autocuidado apoiado: caderno do usuário. Curitiba: SMS; 2012.
38. Brasil, Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS; 2011.
39. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997. Reconhece a categoria da Educação Física como profissional da saúde; 1997 [cited 2012 20 de novembro]; Available from: http://www.crefsp.org.br/interna.asp?campo=53&secao_id=114.

40. Silva FM, Azevedo LF, Oliveira ACCd, Lima JRPd, Miranda MF. Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: CONFEF; 2010.
41. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Conferência Municipal de Saúde de Curitiba, 5ª. 1999, Curitiba. Relatório Final 5ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba – SUS no III Milênio em Defesa da Vida. Curitiba: SMS; 1999.
42. COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição de Fisioterapia; 2012 [cited 2012 18 de maio]; Available from: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27
43. Afonso JL. Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. Ícone; 1994; 2 (2): 47-75.
44. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: MS; 2010 [cited 2012 12 maio]; Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf.
45. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma Unidade Básica de Saúde. Fisioterapia em Movimento; 2002; 15 (1): 19-23.
46. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. Revista Brasileira de Fisioterapia.; 2005; 9 (2): 129-36.
47. Jesus CS. O Perfil de Atendimento em Fisioterapia na Atenção Primária em Curitiba de 2003 à 2011. Curitiba: SPEI; 2012.
48. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Revista de APS; 2011; 14 (1): 111-119.
49. Ribeiro KSQS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – Reflexões a partir de uma experiência universitária. Fisioterapia Brasil; 2002; 3 (5): 311-8.
50. Jesus CS. Perfil dos Usuários SUS/Curitiba em Acompanhamento nos Grupos de Fisioterapia das Unidades Básicas de Saúde. Curitiba: Universidade Positivo; 2009.
51. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2004.
52. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo da Fisioterapia na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2. ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2006.
53. Jesus CS. FISOQUALITI – Fisioterapia na Qualidade de vida da Terceira Idade. Revista Gestão Pública em Curitiba; 2011; 2 (II): 45-8.
54. Grande D. CuritibaAtiva – Política Pública de Atividade Física e Qualidade de Vida de uma Cidade, Coletânea de autores – 2008. Curitiba; 2008.

55. Brasil, Ministério da Saúde. VIGITEL BRASIL 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: MS; 2007 [cited 2010 4 de fevereiro]; Available from: <http://www.saude.gov.br>.
56. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2008. Curitiba: SMS; 2008 [cited 2012 30 de abril]; Available from: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/relatorios/relatorio_012.pdf.
57. Jesus CS, Faoro NT. Inserção das Ações Fisioterapêuticas no Plano Operativo Anual da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba; 2008.
58. WHO, World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Genebra: WHO; 2001.
59. Moysés SJ, Gevaerd S. A superação do Sistema Incremental de atenção a escolares em Curitiba. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão M, Gevaerd S, editors. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 17-26.
60. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, editors. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 133-61.
61. Souza LMV, Groszewicz DLZ, Linhares ST, Gevaerd S. Programas especiais na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP, editors. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Curitiba; 2002. p. 123-8.
62. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes da saúde bucal Curitiba: SMS; 2012 [cited 2012 12 de novembro]; Available from: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude_bucal/Diretrizes%20da%20Sa%C3%BAde%20Bucal%20parte%20I.pdf.
63. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Ciência & Saúde Coletiva; 2009; 14 (1): 297-305.
64. Brasil, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005.
65. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Saúde Mental em Curitiba: Protocolo Integrado. Curitiba: SMS; 2002.
66. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults. London: NHS; 2009. Available from: http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~/~dep%20NICE.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=4984&part=2.
67. Kravitz RL, Ford D. Introduction: Chronic Medical Conditions and Depression: the View from Primary Care. American Journal of Medicine; 2008; 121 (11 Suppl 2): S1-S7.

68. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 2009; 31 (Supl I): S7-17.
69. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management; 2009.
70. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in Primary Care patients. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*; 2007; 9 (6): 437-43.
71. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care; 2010. Available from: http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/-/depression__major__in__adults__in__primary__care__3.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=4985&part=4.
72. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*; 2007; 23 (10): 2375-84.
73. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, Conselho Municipal da Saúde. Relatório da 6ª Conferência Municipal de Saúde – Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005. Curitiba; 2001.
74. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Fluorterapia. Curitiba: SMS; 2006 [cited 2012 12 de novembro]; Available from: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/saude_bucal/protocolo_002.pdf.
75. Brasil, Ministério da Saúde. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
76. Marty IL. Gestão por resultados na SMS Curitiba. In: Curitiba, secretaria Municipal da Saúde. Capacitação para equipes da Estratégia da Saúde da Família: textos de apoio. Curitiba; 2009.
77. Cardoso RLS. Instrumentos para a implantação do modelo gerencial na administração pública: Observações iniciais sobre a implantação de contratos de gestão no Brasil. Caracas; 1997.
78. Trosa S. Gestão pública por resultados: quando o estado se compromete. Rio de Janeiro: Revan; 2001.
79. Oliveira G. Análise da implementação do Contrato de Gestão em Empresas Estatais Gaúchas. Porto Alegre: UFRG; 1998.
80. Campos GW. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*; 2007; 12: 301-6.
81. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Contratos de Gestão: Plano Operativo Anual. Curitiba; 2009.

82. Marty I. O desafio dos contratos pactuados de gestão – Responsabilização a partir do nível local. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*; 2006; 36: 76-83.
83. Ducci L. Curitiba firma contrato de gestão com metas para a saúde. *Revista Brasileira Saúde da Família*; 2007; 14: 48-57.
84. World Bank. Brazil enhancing performance in Brazil's health sector: Lessons from Innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Washington; 2006 [cited 2012 12 de novembro]; Available from: www.worldbank.org.
85. Decreto de nº 1432 de 17 de dezembro de 2007. Institui o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos serviços na Secretaria Municipal da Saúde, (2007).
86. Brasil, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2012.
87. DPP. The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*. 2002; 25 (12): 2165-71.
88. DPPRG. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*; 2002 (346): 393-403.
89. Lorig K, Ritter P, Stewart A, Sobel D, Brown BJ, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*; 2001; 39 (11): 1217-23.
90. Lorig K, Ritter PL, Villa FJ, Armas J. Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial. *Diabetes Education*; 2009; 35 (4): 641-51.
91. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *American Journal of Preventive Medicine*; 2001 (21): 189-96.
92. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*; 2002; 24 (2): 80-7.
93. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*; 2005; 72 (8): 1503-10.
94. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*; 2002; 288 (19): 2469-75.
95. Brasil, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
96. Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

97. WHO, World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003.
98. WHO, World Health Organization. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011 – WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
99. WHO, World Health Organization. 65th World Health Assembly document A65/54: Second report of Committee A. Published May 25; 2012.
100. WHO, World Health Organization. The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. Sixty-Fifth World Health Assembly WHA65.4; 2012.
101. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults. London; 2009 [cited 2013 2 de fevereiro]; Available from: http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~dep%20NICE.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=4984&part=2.
102. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria; 2009; 31 (Supl 1): S7-S17.
103. Mendes EV. O manejo das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. Oficina 1. Alinhamento Conceitual. SMS; 2010.
104. SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileira de Cardiologia; 2010; 95 (1 supl 1): 1-51.
105. Dawber TR. The Framingham study. The epidemiologic of atherosclerotic disease.. Cambridge Harvard University Press; 1980.
106. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
107. ADA, American Diabetes Association. Recomendações da American Diabetes Association – ADA – para a prática clínica no Diabetes. Diabetes Care; 2010; 33 (Supl 1).
108. NHS, National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes. London; 2010.
109. SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Itapevi: SBD; 2009.
110. European Association for the Study of Diabetes, American Diabetes Association. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care; 2009 (32): 193-203.

111. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*; 2001; 16 (9): 606-13.
112. Department of Health. Self care: a real choice. Self care support – a practical option. London; 2005 [cited 2013 2 de janeiro]; Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf.
113. Department of Health. Supporting people with long term conditions: an NHS and Social Care model to support local innovation and integration. London; 2005 [cited 2013 3 de janeiro]; Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4122574.pdf.
114. Curitiba. Protocolo do Programa Mãe Curitibana. Pré-Natal, Parto, Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido. Curitiba: SMS; 2012.
115. SBH, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; 2006.
116. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clinical Practice*; 1998; 1: 2-4.
117. Curitiba. Manual sobre de Autocuidado apoiado para os profissionais de saúde e usuários da APS. Cavalcanti AM, editor. Curitiba: SMS; 2012.
118. Prochaska JO, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 1982; 20: 161-73.
119. Knapp P. Principais técnicas. In: Knapp P, editor. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 133-67.
120. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. *Porto Alegre Artmed*; 2009.
121. Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. *Porto Alegre: Artmed*; 2001.
122. Marlatt GA, Rangé BP. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira Psiquiatria*; 2008; 3 (2): 88-95.
123. Beserra EP, Torres CA, Pinheiro PNC, Alves MDS, Barroso MGT. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2011; 16 (supl.1).
124. Góis C. Saúde comunitária: pensar e fazer. São Paulo: Hucitec; 2008.
125. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*; 2002; 48 (2): 177-87.
126. Brock C, Dost A. Self care: a real choice. Self care support – a practical option. London: Department of Health; 2005.

127. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*; 2002; 288 (19): 2469-75.
128. Cavalcanti AM, Jesus CS, Martins SK. Construindo a estratégia de Autocuidado Apoiado. In: Moysés ST, Filho ADS, Moysés SJ, editors. *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná*. Brasília: Organização Pan-Americana/Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2012. p. 129-41.
129. Russell E, Glasgow SE, Doriane CM. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*; 2006; 21 (3): 245-55.
130. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, (1990).
131. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, Conselho Municipal da Saúde. 11a Conferência Municipal de Saúde de Curitiba. Curitiba: SMS; 2011.
132. Fleury MTL, Fleury A. Estratégias empresariais e formação de competências: Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas; 2001.
133. Dutra JS. Competências: Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas; 2004.
134. Cortelazzo IBC. Formação de professores para uma educação inclusiva mediada pelas tecnologias. In: Giroto CRM, Poker RB, Omote S, editors. *As tecnologias nas práticas pedagógicas inclusivas*. Marília: Oficina Universitária; 2012. p. 93-120.
135. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NMD, Meirelles CdAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2008; 13 (supl 2): 2133-44.
136. Masetto MT. Formação pedagógica dos docentes do Ensino Superior. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração*.; 2009; 1 (2): 4-25.
137. Kubo OM, Botomé SP. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais 2001. Available from: <http://ebookbrowse.com/kubo-botome-2001-ensino-aprendizagem-uma-interacao-entre-dois-processos-comportamentais-pdf-d98668608>.
138. Pelizzari A, Kriegl MdL, Baron MP, Finck NTL, Dorocinski SI. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Revista PEC*; 2002; 2 (2): 37-42.
139. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*; 2004; 20 (3): 780-8.

140. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*; 2005; 9 (16): 161-77.
141. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS; 2009.
142. Brasil, Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde. 2012 [cited 2012 11 de novembro]; Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folder/04_0654_F.pdf.
143. Morin E. Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
144. Campos GWS, Chakour M, Santos R. Sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*; 1997; 13: 141-4.
145. Ausubel DP. A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes; 1982.
146. Freire P. Para trabalhar com o povo. São Paulo: Centro de Capacitação da Juventude; 1992.
147. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2006; 11 (3): 705-11.
148. Moysés ST, Oliveira C. Desenho da pesquisa avaliativa e seleção da UBS Alvorada. In: Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ, editors. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS/Conass; 2012. p. 57-67.
149. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Goes P, Moysés S, editors. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo; 2012. p. 157-66.
150. Weiss CH. The Interface between Evaluation and Public Policy. *Evaluation*; 1999; 5 (5): 468-86.
151. De Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud pública y promoción de la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
152. Felisberto E, Bezerra LCA, Costa JMBS, Alves CKA. Institucionalização da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ, editors. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 149-56.
153. Sá RF, Moysés ST. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional*; 2009; 35 (2): 29-35.
154. De Salazar L, Penaloza SAG. Abordaje de las enfermedades crónicas: lecciones de la práctica. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.

155. De Salazar L, Grajales C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodologica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2004; 9 (3): 545-55.
156. Minayo M, Assis S, Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
157. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS/Conass; 2013.
158. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 1995.
159. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Bristol: Open University Press; 1997.
160. De Salazar L. Evaluación de efectividad em promoción de la salud: guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
161. PAHO, Pan-American Health Organization. Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for action. Washington: PAHO; 2004.
162. MacColl Institute for Health Care Innovation. The Chronic Care Model. 2008 [cited 2012 24 de maio]; Available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35.
163. Moysés ST, Faoro NT, Luhm KR. A seleção de indicadores para avaliação. In: Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS/Conass; 2013. p. 69-79.
164. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*; 1993; 46 (12): 1417-32.
165. Behling O, Law K. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage; 2000.
166. WHO. Process of translation and adaptation of instruments
167. WHO; 2012 [cited 2012 6 de junho de 2012]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
168. Wagner E, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*; 2001; 20 (6): 64-78.



Organização
Pan-Americana
da Saúde



110
ANIVERSÁRIO



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



CONASEMS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PARANÁ
SECRETARIA DA SAÚDE



CURITIBA



SAÚDE



PUCPR

Ministério da
Saúde



GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA