

A alfabetização sanitária apresenta três grandes objetivos: a provisão e o compartilhamento da informação adequada, o encorajamento do uso efetivo e apropriado dos recursos de saúde e a redução das iniquidades em saúde.

As necessidades de informações adequadas são muito diversas e variam de acordo com a idade, a classe social, o gênero e as crenças e os valores. Essas informações podem variar ao longo do curso de uma condição de saúde. Por exemplo, quando as pessoas recebem um diagnóstico, elas necessitam de informações práticas para dar suporte à atenção, bem como para reduzir a ansiedade. Mais tarde, elas vão se concentrar nos prognósticos de longo prazo e no autocuidado, o que implica informações mais específicas e detalhadas.

Para enfrentar o problema das deficiências de alfabetização sanitária, várias estratégias têm sido utilizadas.

Para grupos de baixa alfabetização sanitária têm sido desenvolvidos cursos, iniciativas com base comunitária e revisão das informações para grupos com necessidades especiais. Avaliações dessas iniciativas têm demonstrado um melhor conhecimento e compreensão por parte dos usuários ⁽⁷⁴⁴⁾. As informações visuais têm sido utilizadas crescentemente.

Cada vez mais se utiliza a Internet como fonte de informação, mas isso pode provocar a exclusão de certos grupos como as pessoas mais idosas, alguns portadores de necessidades especiais e grupos em situação de exclusão digital. Mas quando essas barreiras podem ser superadas, há evidências de que esses grupos se beneficiam muito da informação digital ⁽⁷⁴⁵⁾.

Informações em outros formatos eletrônicos como textos em telefones celulares, audiotapes e outras intervenções em ambiente *web* podem aumentar a confiança das pessoas usuárias e suas habilidades para participar das decisões sobre saúde e para melhorar os resultados sanitários, especialmente se são complementares às práticas educacionais ofertadas nas unidades de saúde.

De qualquer forma, as informações devem ser oportunas, apropriadas, confiáveis, seguras e relevantes. A equipe de saúde usualmente pensa que é importante prover informação médica geral como a etiopatogenia das doenças, mas as pessoas estão mais interessadas em opções de tratamentos, probabilidades de sucesso ou em como obter suporte para sua condição de saúde.

O Boxe 8 relata uma experiência de alfabetização sanitária realizada nas unidades de APS no município de Curitiba.

Boxe 8: O Programa Alfabetizando com Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Uma experiência interessante no campo da alfabetização sanitária é desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em parceria com a Secretaria de Educação, no espaço das unidades de APS, o Programa "Alfabetizando com Saúde".

O programa funciona com professores voluntários e nos finais de tarde e à noite, após o horário normal de atendimento das unidades de APS. A metodologia está baseada em palavras geradoras relacionadas à área da saúde e se destina a pessoas adultas e idosas. O material de aprendizado foi elaborado especialmente para o programa, no qual os temas de saúde se integram aos números, palavras e textos, levando o alfabetizando para a leitura e a escrita.

A facilidade de acesso ao local das aulas, o ganho de tempo com deslocamentos e os vínculos com os profissionais de saúde contribuem para a adesão ao programa. As aulas têm duração de duas horas e, em geral, são realizadas duas vezes por semana. As turmas são formadas por moradores da área de abrangência das unidades de APS que são usuários dessas unidades. A idade dos alunos está concentrada entre 48 e 68 anos, a maioria de mulheres. No período de 2002 a 2010 foram alfabetizadas mais de 3 mil pessoas.

Os resultados obtidos são muito bons, não só na melhoria da saúde, mas no aumento da autoestima e na autoconfiança das pessoas que passaram pelo programa. Em 2008, o programa foi ganhador do Prêmio Internacional de Alfabetização da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco).

Fonte: Munhoz, Baggio, Sizenando, Scutato ⁽⁷⁴⁶⁾

DA ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA

A segunda mudança fundamental da atenção à saúde, para aplicação do MACC na ESF, é da atenção centrada no indivíduo para a atenção centrada na família.

O componente da atenção centrada na família deriva do atributo da APS que é a orientação familiar. Ele implica o trabalho clínico com uma população adscrita a uma equipe da ESF, inserida no território de abrangência dessa equipe, e organizada socialmente em famílias. De um ponto de vista prático, essas famílias devem ser cadastradas, classificadas por riscos e ter encontros clínicos realizados com a utilização de ferramentas de abordagem familiar.

Aqui, também, há que se marcarem as diferenças entre o modelo da APS tradicional, ofertada pelas três especialidades médicas, e o modelo da ESF. Ao utilizarem-se médicos diferentes para distintas subpopulações (crianças, adultos e mulheres) rompe-se a unidade familiar e com o princípio da família como unidade de cuidado. Além disso, a formação de especialistas, marcada pelo modelo flexneriano, torna difícil a aplicação de instrumentos de abordagem familiar que são imprescindíveis a uma ESF de qualidade.

A família é um sistema complexo de relações em que seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertencimento. É o espaço do reconhecimento da diferença, do aprendizado de unir-se e separar-se, a sede das primeiras trocas afetivo-emocionais, da construção da identidade, é a matriz em que nascemos e morremos. É, também, um sistema social em permanente transformação determinada por fatores internos à sua história e pelos ciclos de vida que interagem com mudanças sociais. Na família estabelecem-se relações entre seus membros que compartilham cultura e crenças e em que cada qual exerce funções distintas e complementares. A família assenta-se na ideia da coesão e da continuidade ⁽⁷⁴⁷⁾.

O Brasil tem adotado um conceito ampliado de família. O Ministério da Saúde conceitua família como "*o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que reside na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado(a) doméstico(a) que reside no domicílio, pensionista ou agregado*" ⁽⁷⁴⁸⁾.

As famílias se estruturam por algumas características objetivas como número de componentes, sexo, idade, religião, moradia, nível econômico, profissão, escolaridade, tipo de casamento, tipo de trabalho, cor, raça, etnia e cultura ⁽⁷⁴⁹⁾.

A natureza da família é variável. A maioria das famílias atendidas na ESF representará grupos de parentesco convencionais, mas outros tipos de famílias estarão quase sempre representados ⁽⁶⁸⁹⁾. Há diferentes tipos de famílias segundo a estrutura e a dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental. Por exemplo, se toma o recorte da estrutura e da dinâmica global, diferentes tipos de famílias podem ser considerados: família díade nuclear; família grávida; família nuclear ou simples; família alargada ou extensa; família com prole extensa ou numerosa; família reconstruída, combinada ou recombinação; família homossexual; família monoparental; família unitária; família de pessoa que vive sozinha; família de co-habitação; família comunitária; família hospedeira; família adotiva; família flutuante; família múltipla; e outras formas ⁽⁷⁵⁰⁾.

A estrutura familiar responde à pergunta: o que é a família? Essa estrutura é um conjunto invisível de demandas funcionais que organiza os modos de interação dos seus membros, a relação com o número de pessoas que a compõe, o seu tipo, os subsistemas existentes, os papéis desempenhados pelos membros, os limites internos e externos, os alinhamentos e o manejo do poder. As dimensões centrais da estrutura familiar são: as normas que definem como, quando e com quem os membros se relacionam, definidoras das relações implícitas ou explícitas entre os membros; os papéis que definem as tarefas que cada membro desempenha na família; os limites que definem quem participa e de que modo nas interações; as

coalizões e as alianças que são distintos pactos entre seus membros para realizar as diferentes tarefas; e o poder e a autoridade que se organizam hierarquicamente e definem a contribuição de cada membro nos resultados das atividades familiares. Por outro lado, a dinâmica familiar responde à pergunta: como funciona a família? Ela diz respeito aos processos relacionais que ocorrem no interior da família e em seu contexto. O processo central da dinâmica familiar é a comunicação, juntamente com os processos evolutivos individuais e familiares, as pautas de vinculação afetiva, os mecanismos de adaptação e de solução de problemas ⁽⁷⁵¹⁾.

A atenção centrada na família considera o indivíduo e a família como um sistema e, por consequência, aplica uma clínica específica em três dimensões: inclui a família como marco de referência para uma melhor compreensão da situação de saúde; coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para manterem-se sãos ou para recuperarem sua saúde; e introduz a família como unidade de cuidado, como ente distinto de cada indivíduo-membro. Isso significa que abordar um problema de saúde implica gerar intervenções sistêmicas e considerar o impacto das intervenções considerando que: a família é a fonte principal de crenças e pautas de comportamentos relacionados com a saúde como comportamentos e estilos de vida; as tensões que a família sofre nas etapas de transição do seu ciclo de vida podem se manifestar em sintomas; os sintomas somáticos podem se manifestar como uma função adaptativa no seio da família e serem mantidos pelos padrões de conduta familiar; as famílias são um recurso valioso e uma fonte de apoio para o adequado tratamento das enfermidades e doenças; há outros elementos como a carga genética, o contato em doenças infecciosas por proximidade física etc ⁽⁷⁵¹⁾.

A família tem seis principais efeitos na saúde de seus membros: as influências genéticas; a família é crucial para o desenvolvimento infantil; algumas famílias são mais vulneráveis a problemas de saúde do que outras; as doenças infecciosas propagam-se em famílias; os fatores familiares afetam a morbidade e a mortalidade em adultos; e a família é importante na recuperação da enfermidade ⁽⁶⁸⁹⁾.

O trabalho de saúde familiar se beneficia de conceitos importantes contidos na teoria de sistemas aplicada à saúde da família, o enfoque interacional da comunicação, a teoria do ciclo vital, a teoria das crises e a teoria dos fatores de riscos e fatores protetores ⁽⁷⁵¹⁾.

Os preceitos da atenção centrada na família são: ficar atento às famílias vulneráveis e lhes dar apoio integral; fornecer informações de qualidade durante as doenças graves; estar ao lado da pessoa em momentos de crise; tomar a iniciativa quando a pessoa necessitar de atenção; prestar atenção aos membros vulneráveis da família, os "doentes ocultos"; prestar atenção às pessoas que são os "bodes expiatórios"

da família ou que representam o sintoma de apresentação de um problema familiar; evitar tomar partido num conflito familiar; e reunir-se com a família em momentos críticos ⁽⁶⁸⁹⁾.

Há certos preceitos para a atenção familiar. Um deles é o que não fazer com as famílias: ignorá-las, menosprezar o valor dos vínculos, julgá-las, avaliá-las em função dos próprios valores, estigmatizá-las, impor-lhes decisões, não escutá-las, não acolhê-las, não acompanhá-las e não abandoná-las ⁽⁷⁵¹⁾.

O trabalho com famílias envolve cinco níveis de intervenções: nível 1, ênfase mínima sobre a família; nível 2, informações e aconselhamento médico contínuo; nível 3, emoções e apoio; nível 4, avaliação sistemática e intervenção planejada; e nível 5, terapia familiar. O trabalho da ESF envolve, geralmente, ações dos níveis 2 a 4 ⁽⁷⁵²⁾.

Dentre os fundamentos do trabalho familiar na ESF estão o processo de territorialização, o cadastro familiar, a classificação de riscos familiares e as ferramentas de abordagem familiar.

O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

O processo de territorialização tem por base a construção de territórios-processos que são definidos por critérios geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais, com uma visão dinâmica que acompanha as mudanças permanentes no território. São territórios de vida que se reconstróem todo o tempo, em suas diversas dimensões ⁽⁷⁵³⁾.

O foco da territorialização na ESF está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais dos Planos Diretores de Regionalização e que são, em geral, desconhecidos nos PDRs tradicionais: o território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e o território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS. No modelo tradicional de cuidados primários, o território área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

É fundamental que se discuta a conformação de PDRs no SUS que, em geral, se limitam à definição de territórios de assistência nos níveis secundário e terciário (média e alta complexidades). Essa é uma visão limitada de territórios sanitários porque exclui os territórios em que vivem e se vinculam à ESF, a população organizada em famílias.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional ⁽⁷⁵⁴⁾.

O CADASTRO FAMILIAR

O cadastro familiar objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF que significa uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é, a partir dele, que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Nesse aspecto manifesta-se, também, uma diferença fundamental entre o modelo tradicional de APS centrado na tríade de médicos especialistas, com o modelo da ESF. Os médicos especialistas, formados no paradigma flexneriano, um deles o do individualismo, tendem a trabalhar com indivíduos: indivíduos-criança, indivíduos-mulher e indivíduos-adulto. Já a equipe da ESF e, dentro dela, os médicos de família e comunidade, são formados numa perspectiva de trabalho com populações adscritas.

O cadastro familiar pode ser feito em fases: a fase preparatória, a fase de execução e a fase de utilização do cadastro.

A fase preparatória envolve encontros preliminares da equipe da ESF, a discussão da metodologia, a responsabilização pelos ACSs em suas microáreas, o esclarecimento das lideranças comunitárias sobre o processo e a elaboração de um formulário de cadastro familiar que contenha dados da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), acrescidos de algumas informações complementares.

A fase de execução envolve aplicar os formulários em visitas domiciliares dos ACSs, priorizar as famílias de maior risco sociosanitário, anotar as respostas nos campos específicos dos formulários, orientar a família sobre a utilização dos formulários e aproveitar para dar orientações às famílias em relação a alguns problemas levantados nos formulários como acondicionamento do lixo, higiene do ambiente, cuidados com pessoas de risco, armazenamento de medicamentos etc ⁽⁷⁵⁴⁾.

A utilização do cadastro envolve lançar os dados no SIAB e/ou no sistema gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, reunir as equipes da ESF para a discussão dos resultados, utilizar o cadastro para a classificação das famílias por risco sociosanitários e atualizar o cadastro anualmente.

Uma questão central, nem sempre considerada, é o caráter dinâmico do processo de cadastramento familiar. É preciso que esse processo seja contínuo, dadas as mudanças dinâmicas que ocorrem no território e nas famílias.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS FAMILIARES

A classificação de riscos familiares deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. Assim, o trabalho de saúde da família deve conhecer a população de responsabilização e identificar os fatores de riscos e de proteção nelas existentes ⁽⁷⁵¹⁾.

Os fatores de riscos são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade. Por sua vez, os fatores protetores dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos.

Os fatores protetores operam por meio de três mecanismos básicos. O modelo compensatório em que os estressores e as características individuais combinam-se aditivamente na predição de uma consequência, de tal forma que o estresse severo pode ser contrabalançado por qualidades pessoais ou por apoio social. O modelo do desafio em que o estresse, quando não excessivo, é visto como um potencial estimulador da competição. O modelo da imunidade em que se estabelece uma relação condicional entre estressores e fatores protetores.

Por outro lado, as famílias exercitam estilos de vida e formas de relacionamentos que podem ser saudáveis (fatores protetores) ou patogênicos (fatores de riscos). As condutas de risco são ações ativas ou passivas que acarretam consequências negativas para a saúde ou comprometem aspectos de seu desenvolvimento.

É importante, pois, no diagnóstico da população adscrita à ESF identificar aquelas em que predominam os fatores de riscos e existem poucos fatores protetores. Esses fatores não têm um valor em si quando vistos separadamente porque o importante é que a relação entre os distintos fatores é o que determina como as pessoas e as famílias vão reagir frente a uma situação determinada. Portanto, é importante conhecer o conjunto de fatores envolvidos numa situação de risco e como interagem entre si.

O Quadro 5 mostra os fatores de riscos e protetores nas pessoas e nas famílias.

Quadro 5: Fatores de riscos e protetores comuns nas pessoas e nas famílias

FATORES	RISCOS	PROTETORES
PESSOAS	Desnutrição, gravidez precoce, adições, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce e tendências a evitar os problemas ou ao fatalismo	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução de problemas
FAMILIARES	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiências, doença terminal, ausência de planejamento familiar	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai ou mãe e pais estimuladores
SOCIAIS	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Fonte: Ministerio de la Salud de Chile ⁽⁷⁵¹⁾

Para uma ação efetiva e equitativa da ESF é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, elaborar uma classificação de riscos familiares.

Essa classificação de riscos familiares tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias em: sem riscos, baixos riscos, médios riscos e altos riscos. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminarem positivamente as de maiores riscos.

O trabalho da ESF deve levar em conta a classificação de riscos das famílias adscritas às equipes do programa. O trabalho com famílias em situações de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, constituído por tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados ⁽⁷⁵⁵⁾.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais desenvolveu um instrumento para classificação dos riscos familiares que engloba os seguintes critérios: fatores socioeconômicos (alfabetização do chefe de família; renda familiar e abastecimento de água; presença de condições ou patologias crônicas prioritárias (crianças com situações de risco do Grupo II, adolescentes de alto risco, adultos com risco cardio-

vascular alto ou muito alto, adultos com risco para diabetes, adultos com alto risco para tuberculose, adultos com alto risco para hanseníase, adultos com risco grave para distúrbios mentais, gestantes de alto risco, idosos frágeis e outras condições de saúde definidas como prioritárias pela equipe de saúde). A pontuação final para estabelecimento do grau de risco familiar cruza os critérios socioeconômicos com os critérios clínicos: pontuação 0, sem risco; pontuação 1, risco baixo; pontuação 2-3, risco médio; e pontuação igual ou maior que 4, risco alto ⁽⁷⁵⁴⁾.

A classificação de riscos das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada pessoa usuária.

AS FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

A adoção da ESF implica, necessariamente, a introdução, na rotina da clínica dos cuidados primários, de ferramentas de abordagem familiar.

As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas da saúde da família, são tecnologias oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam a estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade.

As ferramentas de abordagem familiar mais utilizadas são o genograma, o ciclo de vida da família, o F.I.R.O., o P.R.A.C.T.I.C.E., o APGAR Familiar e os mapas de redes ^(751, 756).

O GENOGRAMA

O genograma foi desenvolvido na América do Norte, baseado no modelo do heredograma, e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares. Suas características básicas são: identificar a estrutura familiar e seu padrão de relação, mostrando as doenças que costumam ocorrer, a repetição dos padrões de relacionamento e os conflitos que desembocam no processo de adoecer ⁽⁷⁵⁷⁾. Pode ser usado como fator educativo, permitindo às pessoas e às suas famílias compreender as repetições dos processos que vêm ocorrendo e como se repetem.

O genograma ou árvore de família é uma metodologia de coleta, armazenamento e processamento de informações que é construído por símbolos gráficos e outros símbolos como dia de nascimento, eventos significativos, nomes e condições de saúde. Na representação simbólica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas

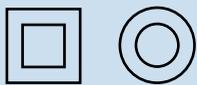
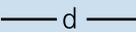
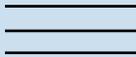
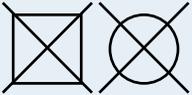
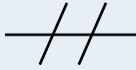
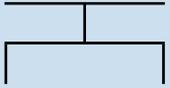
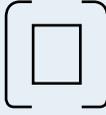
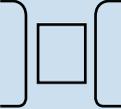
conectoras, as suas relações. A pessoa que ocupa papel central no genograma é, em geral, aquela que gerou o desenho desse instrumento e se torna estruturante do problema e da representação familiar ⁽⁷⁵⁷⁾.

O genograma deve captar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que influenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação.

Os genogramas não necessitam ser realizados de forma rotineira com todas as pessoas porque são mais efetivos quando utilizados seletivamente. O genograma deve incluir: três gerações; os nomes de todos os membros da família; a idade ou ano de nascimento de todos os membros da família; todas as mortes, incluindo a idade em que ocorreu ou a data da morte e a causa; as doenças dos membros da família; a indicação dos membros da família que vivem juntos na mesma casa; as datas de casamentos e divórcios; uma lista dos primeiros nascimentos de cada família à esquerda, com irmãos sequencialmente à direita; um código explicando todos os símbolos utilizados; e símbolos selecionados por sua simplicidade e visibilidade máxima ⁽⁷⁵⁸⁾.

A Figura 17 mostra uma representação do genograma.

Figura 17: Símbolos de genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO		LIGAÇÃO SAGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO SAGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ		LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO		LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO		SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	

Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (754)

O CICLO DE VIDA DAS FAMÍLIAS

Outra ferramenta da abordagem familiar é o ciclo de vida das famílias.

A família, em seu desenvolvimento, passa por ciclos de vida que são períodos previsíveis, de estabilidade e transição, de equilíbrio e adaptação, e por momentos de desequilíbrio que alavancam novos e mais complexos estágios que geram novas funções e capacidades. Esse movimento por ciclos estabelece reestruturações relacionais contínuas na busca de nova ordem familiar. Os ciclos são de casamento, de nascimento dos filhos, anos escolares e adolescência, formatura e início de trabalho ou continuação dos estudos, filhos que saem de casa, involução, aposentadoria e viuvez.

Os profissionais da ESF, entendendo essas transições, podem ajudar as famílias a prever e se preparar para elas, ao tempo em que ampliam os seus próprios entendimentos sobre o contexto em que se dão as experiências com as condições de saúde ⁽⁶⁸⁹⁾. Cada ciclo se caracteriza por demandas e necessidades peculiares ⁽⁷⁴⁷⁾.

O ciclo de vida das famílias divide a história das famílias em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios. À semelhança das pessoas, as famílias desenvolvem-se por ciclos que se influenciam mutuamente no viver cotidiano. O entendimento desses ciclos e dos modos como interferem na saúde permite prever quando e como as condições de saúde podem emergir, o que possibilita um melhor entendimento dos sintomas dessas condições.

Duvall desenvolveu um esquema de oito estágios para o ciclo de vida das famílias definindo o número de anos esperado de permanência das famílias em cada estágio ⁽⁷⁵⁹⁾.

A ferramenta do ciclo de vida das famílias identifica, para cada estágio evolutivo das famílias, as tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares e os tópicos de promoção da saúde familiar que podem ser implementados. É o que se mostra no Quadro 6.

Quadro 6: O ciclo de vida das famílias

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	TAREFAS A SEREM CUMPRIDAS	TÓPICOS DE PREVENÇÃO
Iniciando a vida a dois	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer um relacionamento mutuamente satisfatório • Aumentar a autonomia em relação à família de origem e desenvolver novas relações familiares • Tomar decisões sobre filhos, educação e gravidez • Desenvolver novas amizades 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a importância da comunicação • Fornecer informação sobre planejamento familiar
Famílias com filhos pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar-se e encorajar o desenvolvimento da criança • Estabelecer uma vida satisfatória para todos os membros • Reorganizar a unidade familiar de dois para três ou mais membros 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações • Envolver o pai na gestação e no parto • Discutir desenvolvimento infantil, papel dos pais e relacionamento pais e filhos • Encorajar um tempo para o casal • Discutir rivalidade entre irmãos • Discutir o sentimento de afastamento dos pais perante o surgimento dos filhos
Famílias com crianças pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Prover espaço adequado para a família que cresce • Enfrentar os custos financeiros da vida familiar • Assumir o papel maduro apropriado à família que cresce • Manter uma satisfação mútua no papel de parceiros, parentes e comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar um tempo para o casal • Estimular o diálogo sobre a educação dos filhos • Fornecer informações sobre o desenvolvimento das crianças
Famílias com crianças em idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a transição da casa para a escola • Fazer face às crescentes demandas de tempo e dinheiro • Manter uma relação de casal 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações sobre o desenvolvimento de crianças em idade escolar • Monitorar o desempenho escolar e reforçar posições realísticas sobre expectativas de desempenho • Sugerir estratégias de manejo de tempo • Encorajar discussões sobre sexualidade com as crianças

ESTÁGIO DO CICLO DE VIDA DA FAMÍLIA	TAREFAS A SEREM CUMPRIDAS	TÓPICOS DE PREVENÇÃO
Famílias com adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrar liberdade com responsabilidade à medida que os adolescentes vão adquirindo individualidade • Estabelecer fundamentos para atividades dos pais após a saída dos filhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer relações com os adolescentes que reflitam aumento da autonomia • Fornecer informações aos pais sobre desenvolvimento de adolescentes • Conversar com adolescentes sobre sexo e droga • Discutir com os adolescentes o estabelecimento de relações ao longo da vida
Casais de meia idade	<ul style="list-style-type: none"> • Prover conforto, saúde e bem estar enquanto casal • Planejar o futuro financeiro • Crescimento e significado do indivíduo e do casal • Serem avós 	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o casal a fazer planos de aposentadoria • Atividades de lazer, finanças e moradia • Independência dos filhos • Eleição vocacional • Tolerância à partida dos filhos • Explorar o papel dos avós • Discutir a sexualidade e os processos ligados ao envelhecimento
Famílias envelhecendo	<ul style="list-style-type: none"> • Tópicos de moradia e finanças • Integridade do ego • Saúde • Ficar mais tempo juntos • Enfrentar a vida sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir tópicos de saúde e de planejamento de longo prazo • Cuidar da saúde mental • Encorajar interesses individuais e compartilhados • Preparo para lidar com a perda do(a) companheiro(a)

Fonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais ⁽⁷⁵⁴⁾

No trânsito pelo ciclo vital, a família oscila entre períodos de estabilidade e de mudança, denominados de crises familiares que originam momentos de estresse devido a que a família requer uma adaptação em sua estrutura e em sua dinâmica. Quando essas crises são parte do ciclo vital das pessoas ou das famílias e possibilitam passar a uma nova etapa, são denominadas de crises normativas e é possível antecipar suas ocorrências. Quando essas crises não são previsíveis ou esperadas para a etapa do ciclo de vida se lhes denomina de crises não normativas ⁽⁷⁵¹⁾.

O F.I.R.O.

O F.I.R.O., acrônimo de *Fundamental Interpersonal Relations Orientation*, constitui uma teoria de relações interpessoais, desenvolvida por Schutz, em 1958, e que procura explicar as relações interpessoais de pequenos grupos ⁽⁷⁶⁰⁾.

A sustentação do F.I.R.O. faz-se por meio de um instrumento, denominado de FIRO-B, que contém seis escalas de nove itens de questões. O instrumento foi criado para medir ou monitorar como os membros do grupo sentem-se em relação à inclusão, ao controle e à intimidade ou para possibilitar dar *feedbacks* às pessoas nos grupos.

Um postulado do F.I.R.O. é o da necessidade interpessoal que é aquela que só pode ser satisfeita pelo alcance de uma relação satisfatória com outra pessoa. Essa teoria preconiza que as pessoas, colocadas em pequenos grupos, apresentam três necessidades de relações interpessoais: a inclusão, o controle e a intimidade ⁽⁷⁶²⁾.

A necessidade para inclusão é a necessidade de manter uma relação satisfatória com respeito à interação e à associação. Isso inclui uma interação confortável com as outras pessoas, a habilidade de se interessar pelos outros e de se sentir significativo e importante. A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção e interesse e criar uma identidade própria e singular.

A necessidade de controle é a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com pessoas a respeito da influência e do poder. Inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, bem como a habilidade para respeitar e ser respeitado. Do ponto de vista pessoal, a necessidade de controle é o sentimento de competência e responsabilidade.

A necessidade de intimidade é a necessidade de estabelecer e manter relações afetivas e amorosas com as outras pessoas. Expressa uma necessidade de amar e ser amado e de se reconhecer como capaz de ser amado. Essa é uma necessidade que só pode se manifestar numa relação dual, ou seja, por pares de pessoas.

Em síntese, a necessidade de inclusão está associada primariamente, mas não exclusivamente, com a formação de relações, enquanto as necessidades de controle e intimidade se dão em relações já existentes.

Outro postulado do F.I.R.O. é do desenvolvimento do grupo. Por esse postulado, uma relação interpessoal entre duas ou mais pessoas sempre segue a mesma sequência, da inclusão, para o controle e para a intimidade. Contudo, as três fases não constituem estágios isolados, mas coexistem com a predominância relativa de um deles, em cada momento.

O F.I.R.O. foi desenvolvido, inicialmente, para grupos *ad hoc* que não incluíram grupos familiares. Posteriormente, foi adaptado para trabalhos com as famílias em

geral e com a saúde familiar em particular. Uma das mudanças determinadas pela adaptação à saúde das famílias foi trocar o termo afeição por intimidade ⁽⁷⁶⁰⁾.

O F.I.R.O. aplica-se às unidades familiares nas seguintes situações: quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões da inclusão, do controle e da intimidade, ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; quando a família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem, como os descritos no Ciclo de Vida e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, de controle ou de intimidade; quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma sequência ao desenvolvimento para o manejo de mudanças na família; quando as três dimensões anteriores constituem uma sequência lógica de prioridades para o tratamento.

As necessidades interpessoais de inclusão, de controle e de intimidade apresentam características especiais nas unidades familiares ^(757, 761).

As necessidades de inclusão na família significam a extensão em que os membros são parte ou não da unidade familiar e de seus subsistemas. Quem está incluído ou excluído? Qual é o equilíbrio entre pertencimento e identidade particular? Como a família lida com a adição ou perda de membros? A inclusão relaciona-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização, mostrando os que estão dentro e os que estão fora do contexto familiar. Há três subcategorias: a estrutura que aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos na família e nas gerações; a união que percebe a conectividade na interação entre os familiares procurando entender questões como comprometimento, educação e pertencimento; e os modos de compartilhamento que mostram a identidade grupal, os valores e os rituais familiares.

As necessidades de controle na família estão ligadas a temas como a responsabilidade, a disciplina, o poder, os mecanismos decisórios e as formas de negociação. Muitas vezes o controle está ligado a questões financeiras e a sistemas de privilégios. Essas interações podem variar de positivas a negativas, na dimensão afetiva, e de autocrática a democrática e a anárquica, na dimensão política. O controle às interações do exercício do poder dentro das famílias, envolve situações como: controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, uma reação a uma influência que se quer tornar dominante; e controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

As necessidades de intimidade na família estão ligadas a um contínuo em que, numa ponta cada membro desempenha seu papel formal, e noutra, as relações

entre membros são definidas por confiança e afeição, superando a relação formal. A intimidade se manifesta em relações de troca de sentimentos, de pensamentos e de desejos. A intimidade refere-se às interações familiares de compartilhamento de sentimentos entre os membros, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou distanciamento entre os familiares, às exposições de vulnerabilidades e fortalezas.

Um elemento fundamental do F.I.R.O. na saúde familiar está na sequência em que as mudanças ou as transformações ocorrem. A inclusão é afetada antes que o controle e a intimidade, o que é importante no manejo dos problemas clínicos. Uma pessoa que não está segura de seu papel na família ou na sua participação nas decisões familiares não tem capacidade de compartilhar os seus sentimentos a respeito dessas situações ⁽⁷⁶²⁾.

O Boxe 9 mostra um protocolo de intervenções desenvolvido com base no F.I.R.O.

Boxe 9: Protocolo de intervenções com base no F.I.R.O.

ITENS DE INCLUSÃO (DENTRO OU FORA)

Desde que você soube da seriedade da doença:

Você sente que seu papel da família mudou?

O seu papel atual lhe causa algum transtorno?

Como você se sente em relação à forma como os outros membros da família estão desempenhando seus papéis?

ITENS DE CONTROLE (TOPO OU BASE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

1. Você se sente suficientemente envolvido no processo decisório familiar?

2. Você sente que a família está lidando bem com o processo decisório? Há conflitos?

3. Você sente que você e sua família estão com o controle da situação?

ITENS DE INTIMIDADE (PERTO OU DISTANTE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

1. Você se sente à vontade em compartilhar seus sentimentos com os outros membros da família?

2. Você tem relutância em compartilhar certas emoções com os outros membros da família?

3. Você está satisfeito com sua relação com o cônjuge? Com os pais? Com os irmãos?

Fonte: Librach, Talbot ⁽⁷⁶²⁾

Esse protocolo é muito útil em situações de condições agudas, de internações hospitalares ou no acompanhamento de condições crônicas que podem implicar negociações entre os membros familiares que podem levar a mudanças de papéis ⁽⁷⁵⁷⁾.

Uma situação de morte de uma pessoa implica um conjunto de atitudes por parte da equipe de saúde familiar, relativas à família, o que pode ter uma base forte no F.I.R.O. Especificamente, da parte da equipe da ESF, um conjunto de ações deve ser desenvolvido e envolvem: o conhecimento do sistema familiar; a aproximação com a família; a reunião com a família; o refinamento da escuta; a ajuda às famílias

para lidar com os temas da inclusão, do controle e da intimidade; o monitoramento regular da família; a preparação para o enfrentamento de crises; o acompanhamento da família no período de luto; a ajuda à família para a identificação de recursos que serão úteis no período de luto; e a preparação para, em certas circunstâncias, sentir-se incapaz de ajudar a família ⁽⁷⁶²⁾.

O P.R.A.C.T.I.C.E.

A expressão P.R.A.C.T.I.C.E. representa o acróstico mnemônico das palavras em inglês: *Problem, Roles and structures, Affect, Communication, Time in life, Illness in family, Coping with stress, Environment or ecology*. Essa ferramenta de abordagem familiar foi desenvolvida pela Universidade de McGill, de Toronto, Canadá.

O P.R.A.C.T.I.C.E. opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de que intervenções são mais adequadas a um caso específico. Esse modelo foi proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Ele fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico. O P.R.A.C.T.I.C.E. pode ser utilizado para assuntos de ordem médica, comportamental ou de relacionamentos ^(757, 763).

Várias informações necessárias para a utilização dessa ferramenta podem ser obtidas numa conferência familiar em que se coloca em discussão a percepção do problema. O preenchimento da ferramenta deve ser econômico, uma a três linhas são suficientes para registrar cada uma das oito áreas do modelo. Nem todas as áreas serão vistas em uma única intervenção ⁽⁷⁶³⁾.

O P.R.A.C.T.I.C.E. é utilizado na clínica para organizar e sistematizar a atenção à família com um enfoque sistêmico. O procedimento para a utilização dessa ferramenta consiste em anotar, de forma sequencial, cada uma de seus oito momentos ^(747, 751, 757, 763).

P: *Problem*: Problema atual

Constitui um sucinto relato da situação atual, envolvendo o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade, os sintomas físicos e os problemas que foram gerados na família e os medos.

Esse momento ajuda à equipe da ESF entender o significado daquele problema, pondo sentido no motivo da queixa, na autopercepção e na procura do atendimento e a compreender como a família vê e enfrenta o problema.

Algumas informações não podem ser obtidas de forma muito rápida, mas enunciar o problema e sentir a reação da família é parte importante da entrevista. A equipe deve evitar proteger ou expor uma "vítima" da família, para o que é necessário ser cuidadosa e não tomar partido entre os seus membros.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Qual é o problema? É uma enfermidade física? É um problema afetivo? O problema afetou toda a família ou apenas um membro? A família já tentou alguma solução?

R: Roles and structures: Papéis e estruturas

Faz-se uma análise dos papéis dos membros da família e de como o problema afetou ou poderá afetar a estrutura familiar. Esse momento explora mais profundamente os aspectos da identificação e do desempenho dos papéis de cada membro da família e analisa sua evolução frente a diferentes posicionamentos.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Quem detém o poder? Qual o papel de cada membro da família diante do problema? Houve mudanças após a ocorrência do problema? Os pais são permissivos, autoritários ou negociadores? A família é unida ou desunida?

A: Affect: Afeto

Esse momento permite identificar os afetos presentes e esperados, desencadeados pelo problema na família. Aqui se reconhece como se manifestam as demonstrações de afeto entre os familiares e como essas relações afetivas podem interferir, de forma positiva ou negativa, no problema. Esse momento facilita observar as emoções reprimidas.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: O afeto é real ou socialmente aceitável? Houve expressão de afeto durante a abordagem?

C: Communication: Comunicação

Esse momento permite identificar os padrões de comunicação da família e como esse padrão se dá em relação ao problema. É importante estar atento às formas de comunicação verbal e não verbal.

A forma mais positiva de comunicação é a clara e direta, devendo-se encorajar esse tipo de comunicação. Não é desejável que um membro da família fale pelo outro.

T: Time in life: Etapa do ciclo de vida da família

Esse momento permite estabelecer a relação entre o problema e a etapa do ciclo de vida da família. Aqui se busca relacionar o problema com as tarefas esperadas do ciclo de vida da família, desempenhadas pelos seus membros, de modo a identificar as dificuldades. Nesse momento pode-se encontrar responsáveis pela enfermidade ou respostas para elas.

I: Illness in family: Enfermidades na família, anteriores e atuais

Esse momento procura identificar experiências prévias com outras enfermidades ou com enfermidade semelhantes à atual. Aqui se verifica a morbidade familiar e se valorizam as atitudes e os cuidados frente às situações vividas, numa perspectiva de longitudinalidade, contando com o suporte familiar.

Algumas perguntas podem ser úteis nesse momento: Qual o papel da família? Qual o significado da família? Existem outros casos? Quais as representações e expectativas sobre a enfermidade? Há um padrão genético?

C: Coping with stress: Lidando com o estresse

Nesse momento buscam-se analisar crises familiares anteriores para verificar os recursos internos utilizados, a flexibilidade e a coesão familiar.

A equipe da ESF deve identificar as forças familiares, identificar alternativas de enfrentamento do problema e intervir se a crise estiver fora de controle.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Como a família lidou com as crises anteriores de doença e morte? Como a família lida com a crise atual? Quais são as forças e os recursos da família? Como a família mobiliza recursos internos e externos para lidar com o problema?

E: Environment or ecology: Meio ambiente ou ecologia

Esse momento procura identificar a rede social de apoio da família.

Algumas questões podem ser úteis nesse momento: Com o que e com quem a família pode contar? Que recursos a família tem para enfrentar o problema? Quais os relacionamentos externos que podem compensar fragilidades internas?

APGAR FAMILIAR

O APGAR familiar é, também, um acróstico mnemônico das palavras inglesas: A, *Adaptation*; P, *Partnership*; G, *Growth*; A, *Affection*; R, *Resolve*. É um instrumento desenvolvido por Smilkstein em 1978 ^(764, 765).

O APGAR reflete a satisfação de cada membro da família

O APGAR familiar é um questionário autoadministrado de cinco questões fechadas que deve refletir a satisfação de cada membro da família. Esse questionário permite observar a percepção de uma pessoa sobre o estado funcional de sua família. Ele dá uma visão rápida e panorâmica dos componentes da função familiar. Serve para diferentes tipos de famílias, é de fácil aplicação e interpretação e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Essa ferramenta tem um número reduzido de itens, a condição cultural do entrevistado não influencia os resultados e pode ser aplicado a partir dos dez anos de idade e toma pouco tempo, em geral, menos de cinco minutos. Observações de sua aplicação permitem verificar que existe boa coesão entre escores baixos e presença de problemas de relação na família ^(751, 764).

Esse instrumento não mede a funcionalidade familiar, apenas o grau de satisfação que apresenta a pessoa entrevistada com respeito ao funcionamento da família. Os diferentes índices de cada membro devem ser comparados para se avaliar o estado funcional da família.

O APGAR familiar avalia cinco áreas de funcionamento da família:

A: *Adaptation*: Adaptação

A capacidade de utilizar recursos intra e extra-familiares para solucionar problemas ou situações de crise.

P: *Partnership*: Participação

A capacidade de compartilhar os problemas e de comunicar-se para explorar possíveis soluções e a cooperação nas responsabilidades familiares e na tomada de decisões.

G: *Growth*: Crescimento

A capacidade de apoiar e assessorar nas distintas etapas do ciclo de vida da família, permitindo, a um tempo, a individuação e a separação dos seus membros.

A: *Affect*: Afetividade

A capacidade de experimentar carinho e preocupação pelos membros da família e de demonstrar emoções distintas como amor, pena ou raiva.

R: *Resolve*: Capacidade de resolução

A capacidade de instrumentalizar as áreas anteriores, entendida como compromisso de dedicar tempo e de atender a necessidades físicas e emocionais dos demais membros, muitas vezes associada ao compartilhamento de recursos financeiros e de espaço.

O Quadro 7 mostra o instrumento do APGAR familiar

Quadro 7: Questionário do APGAR familiar

QUESTÃO	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando.			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas			
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos			

Fonte: Rocha, Nascimento, Lima ⁽⁷⁶⁶⁾

Cada questão se pontua de 0 a 2 em que 0 equivale a quase nunca, 1 a às vezes e 2 a quase sempre, obtendo-se na pontuação total, um valor de 0 a 10. Esses valores permitem definir as categorias de funcionalidade familiar:

- Famílias altamente funcionais: 7 a 10 pontos;
- Famílias moderadamente funcionais: 4 a 6 pontos;
- Famílias severamente disfuncionais: 0 a 3 pontos.

O instrumento APGAR familiar foi validado transculturalmente e aplicado, no Brasil, na avaliação funcional de famílias de pessoas idosas ⁽⁷⁶⁷⁾.

Os resultados obtidos por meio da percepção de uma pessoa não constitui o diagnóstico da família uma vez que cada membro tem uma visão singular do funcionamento de sua família. Contudo, sua análise permite comparar a percepção dessa pessoa com o APGAR de outros membros da família ⁽⁷⁵¹⁾.

OS MAPAS DE REDES

Rede social é um sistema composto por pessoas, funções e situações que oferece apoio material, moral e emocional à família em momentos de necessidades. A rede social de apoio é fundamental para as famílias, especialmente em momentos de problemas de saúde. As redes de apoio social podem ajudar a sustentar a família em várias dimensões: social, cultural, econômica, religiosa, educacional e de saúde. É importante identificar os relacionamentos externos da família que possam ajudar a superar as fragilidades de seu relacionamento interno nesses momentos de crise ⁽⁷⁴⁷⁾.

As redes sociais são um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e instituições capazes de ofertar ajuda ou apoio real e duradouro a pessoas e a famílias. Uma rede social típica inclui: uma área de parentes, a pessoa, o cônjuge, a família nuclear e um grupo extensivo de parentes; uma área de conhecidos e amigos, pessoas conhecidas, amigos, vizinhos e colegas de trabalho; e uma área de serviços de apoio, funcionários, membros da igreja, trabalhadores sociais, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e organizações comunitárias ⁽⁷⁵¹⁾.

As redes sociais cumprem funções de apoio como ajuda e assistência por meio de relações sociais e transações interpessoais que se materializam em quatro modos de apoio: emocional: apoio, amor, confiança, cuidado; instrumental: prestação de serviços em caso de necessidade; informacional: conselhos, sugestões, informações que uma pessoa pode utilizar para solucionar seu problema; e avaliação: provisão de informações que podem ser úteis na autoavaliação como, por exemplo, críticas construtivas ⁽⁷⁵¹⁾.

As redes sociais são fundamentais para o incremento do capital social. O capital social é o conjunto de atributos que estão presentes numa sociedade como bens intangíveis que favorecem a confiança, a reciprocidade e a ação social em relação a

normas compartilhadas⁽⁷⁶⁸⁾. Há evidências de associações entre capital social e saúde, bem como de redes sociais e redução de morbimortalidade^(751, 769, 770, 771).

Por tudo isso, é importante fazer o mapa das redes sociais das famílias em atendimento pela ESF.

O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO

Uma terceira mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF consiste em incentivar as ações de autocuidado apoiado que constitui um dos elementos essenciais do CCM. No Brasil, seja no SUS, seja no sistema privado de saúde suplementar, não há uma tradição de se trabalhar o autocuidado apoiado.

POR QUE O AUTOCUIDADO APOIADO?

As intervenções de autocuidado apoiado não prescindem de uma relação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, mas o foco principal está em apoiar as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde. É, por essa razão, que se chama de autocuidado apoiado porque não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que as pessoas usuárias empoderem-se em relação à sua saúde.

As bases das relações entre a atenção profissional e o autocuidado apoiado estão no MPR. É o que se sinaliza na Figura 12 que retrata o MACC, com a linha transversal que vai desde o nível de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso. O que estiver acima dessa linha deve ser, principalmente, objeto da atenção profissional voltada para ações diretas da equipe de saúde; o que estiver abaixo dessa linha deve ser, especialmente, manejado por meio de intervenções de autocuidado apoiado.

Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências, provindas do MPR, de que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada na atenção profissional. Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais da ESF, com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem e a consulta médica convencional não necessita de passar de uma por ano^(43, 284).

No Reino Unido, estima-se que 75% dos atendimentos de urgência são urgências menores das quais 15% poderiam ser resolvidas pelas próprias pessoas sem irem ao

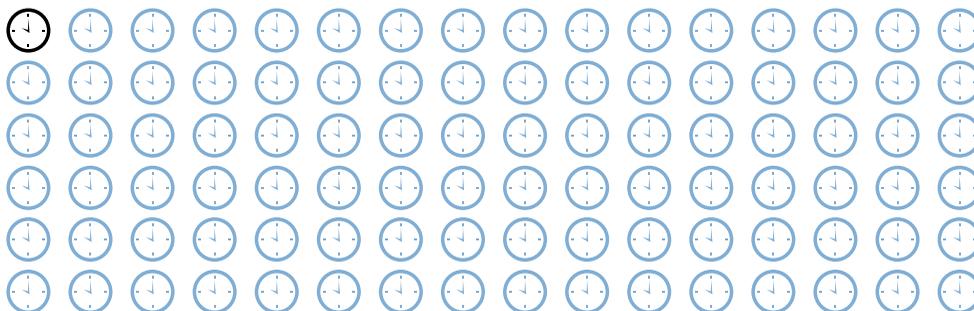
serviço de saúde ⁽³⁴⁸⁾. Estudos mostram que 80% dos sintomas médicos são auto-diagnosticados e autotratados e em função disso afirma-se que as pessoas usuárias são as verdadeiras prestadoras de cuidados primários para si mesmas e, por isso, não podem ser consideradas pacientes, mas agentes de sua saúde, nem consumidoras, mas provedoras de seus cuidados ⁽⁷⁷²⁾. É por essa razão que a Kaiser Permanente considera seus beneficiários como membros das equipes de APS ⁽²⁸⁶⁾.

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde ⁽⁷⁷³⁾. É como afirma, com razão, um ex-Diretor do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, a respeito dos portadores de condições crônicas: "*Quando você deixa a clínica, você tem ainda uma condição crônica. Quando o enfermeiro deixa a sua casa, você tem ainda uma condição crônica. No meio da noite, você luta sozinho contra a dor. No fim de semana você lida com a condição crônica sem a ajuda de um profissional de saúde. Viver com uma condição crônica é muito mais que receber atenção médica ou de um profissional*" ⁽²⁸⁴⁾.

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Por exemplo, na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes apresenta uma média anual de 3 horas de atenção por profissionais de saúde, num total de 8.760 horas que compõem o ano ^(284, 774). Consequentemente, cada portador de diabetes relaciona-se diretamente com um profissional de saúde menos de um milésimo do total de horas de um ano. Em todo o tempo restante, que corresponde a 8.757 horas no ano, essa pessoa convive com seu diabetes, sem ajuda profissional.

Isso é representado na Figura 18, sendo o primeiro relógio, em negrito, o tempo do cuidado profissional, e os demais, o total de horas em que o portador convive com sua condição num ano, sem ajuda profissional direta ⁽⁷⁷⁵⁾.

Figura 18: Tempo do cuidado profissional na vida de um portador de condição crônica



Fonte: Ham, Parker, Singh, Wade ⁽⁷⁷⁵⁾

Para analisar o enfrentamento das doenças crônicas, tem sido proposta uma matriz que se articula pelo cruzamento, em dois eixos, de duas variáveis: a motivação para aderir à melhor terapia conhecida que varia de fraca (consequências são tardias) a forte (consequências são imediatas); e o grau em que é necessária a mudança do comportamento da pessoa portadora da doença que varia de mínimo a máximo ⁽²⁷⁾. O eixo vertical mede a motivação dos portadores de doenças crônicas em evitar as complicações ou sintomas de sua doença mediante a adesão à terapia. Essa motivação é despertada pela intensidade e pela urgência com que essas pessoas sentem as complicações. As pessoas com motivação fraca tendem a adiar a adesão às mudanças, por exemplo, nos casos de obesidade ou sobrepeso, em que as consequências são de longo prazo. A mudança alimentar sempre fica para a próxima semana. Ao contrário, pessoas portadoras de dores lombares tendem a ter uma motivação forte porque se não aderirem ao tratamento as dores são imediatas e fortes. O eixo horizontal mede o grau de importância da mudança comportamental. Isso varia de uma posição polar em que o único que se pede ao portador da doença crônica é que tome pílulas (grau mínimo de necessidade de mudança de comportamento), mas há outras doenças, como o diabetes, denominadas doenças dependentes do comportamento, que exigem das pessoas um alto grau de mudanças que envolvem perda de peso, exercício físico, alimentação saudável e vigilância contínua dos sintomas, além de tomar regularmente os medicamentos. As ações de autocuidado apoiado, ainda que sejam necessárias para todas as condições crônicas, aplicam-se, com maior força, às pessoas portadoras de condições com maiores graus de necessidade de mudança comportamental.

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o

que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas ⁽⁷³⁹⁾.

Uma premissa do autocuidado apoiado é que as pessoas querem viver mais e mais saudavelmente mesmo que, nem sempre, façam o melhor para elas ou consigam fazer as mudanças recomendadas pela equipe de saúde. A principal razão para essa brecha entre o querer e o fazer está no fato de que as pessoas encontram barreiras que não conseguem ultrapassar para se tornarem mais saudáveis. Algumas barreiras são práticas, como falta de tempo ou de dinheiro para mudar a alimentação, e outras são emocionais e atitudinais como um quadro depressivo, a ambivalência ou a falta de confiança na capacidade de mudar ⁽⁷⁷³⁾.

Para se tornarem autocuidadoras as pessoas necessitam ter uma compreensão da condição crônica que querem prevenir ou melhorar e automotivação para aderirem a comportamentos saudáveis. Ou seja, bons autocuidadores são pessoas informadas e proativas. Por isso, o autocuidado apoiado envolve duas atividades interrelacionadas: prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica; e ajudar as pessoas a tornarem-se proativas na prevenção e no gerenciamento da condição crônica. Algumas pessoas tornam-se boas autocuidadoras, independentemente da equipe de saúde; outras nunca conseguem se autocuidar, mesmo com ajuda de uma equipe de saúde; outras, a maioria, tornam-se melhores autocuidadoras se recebem o apoio regular e de qualidade de uma equipe de saúde ⁽¹⁵⁵⁾.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são gerar conhecimentos e habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecer o seu problema; para decidir e escolher seu tratamento; para adotar, mudar e manter comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizar os recursos necessários para dar suporte às mudanças; e para superar as barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde.

Para que o autocuidado se dê com efetividade, o portador da condição crônica deve ter o apoio de família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional da ESF. Os apoiadores mais próximos são a família, os cuidadores e os amigos. Depois, os recursos comunitários como a igreja, a escola, o clube, a associação de portadores de condições crônicas, a biblioteca local, as redes de suporte social na Internet etc. E, certamente, a equipe da ESF.

As intervenções para apoiar as pessoas para melhorar sua saúde e para gerenciar sua condição de saúde requerem um conjunto de estratégias que variam com o nível de conhecimento, as crenças sobre a condição de saúde, as atitudes frente às mudanças, o grau de importância, o nível de confiança, a robustez das redes de suporte social e o nível de motivação.

Parte significativa das intervenções de autocuidado apoiado está baseada em uma ou mais teorias do comportamento humano. Essas teorias foram mencionadas na discussão sobre as intervenções de prevenção das condições de saúde (MTT, EM e GO).

As pessoas, para se autocuidarem, necessitam de um conjunto de conhecimentos e habilidades que envolvem a solução de problemas, o planejamento de um plano de cuidado, o manejo dos sintomas, a utilização dos recursos de suporte ao autocuidado e a relação de parceria com a equipe de saúde ⁽³⁴⁹⁾.

As formas como as pessoas se colocam frente a uma condição crônica variam de uma atitude ativa e de convivência com suas restrições a uma forma mais reativa ou de redução de sua sociabilidade, muitas vezes colocando sua condição de saúde como o centro de sua vida. A diferença entre essas posturas diante da ocorrência de uma condição crônica não é determinada pela condição em si, mas pelo modo como as pessoas são capazes de manejá-la. A expressão decisão é central nas condições crônicas porque o autocuidado apoiado constitui, sempre, uma decisão entre ajudar-se ou não fazer nada.

A decisão pelo autocuidado apoiado implica uma pessoa: decidir sobre as metas que deseja atingir; construir alternativas para atingir essas metas; elaborar um plano de ação para chegar a essas metas; implantar o plano de ação; monitorar os resultados; fazer mudanças quando necessárias; e celebrar as metas realizadas.

O autocuidado apoiado sustenta-se em alguns pilares: a informação e a educação para o autocuidado, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado e o apoio material para o autocuidado ^(6, 773).

A educação para o autocuidado é realizada, em geral, pelas equipes da ESF ou por pares, e objetiva que as pessoas conheçam mais profundamente suas condições crônicas de saúde para gerenciá-las melhor. Em relação às pessoas leigas, como facilitadoras da educação para o autocuidado, observou-se que elas funcionam muito bem. Mas pesquisas indicaram que vários profissionais da APS obtiveram, também, bons resultados como facilitadores de atividades educativas de autocuidado, como os enfermeiros ^(777, 778, 779, 780); os farmacêuticos ⁽⁷⁸¹⁾, os educadores em saúde ⁽⁷⁸²⁾ e as equipes multiprofissionais da APS ^(783, 784).

Outros estudos mostraram que as ações educativas providas por profissionais de saúde e por pessoas portadoras de condições crônicas são, ambas, efetivas e quando comparadas entre si não indicam diferenças nos resultados obtidos ^(785, 786, 787, 789). É interessante salientar que os facilitadores-pares apresentaram melhoras nas suas condições crônicas após as atividades educativas em que atuaram ^(790, 791, 792).

Têm sido ofertados, também, cursos para preparar cuidadores dos portadores de condições crônicas e esses cuidadores relataram, ao final dos cursos, que eles adquiriram maior motivação e confiança ⁽⁷⁹³⁾. Esses programas objetivam preparar os cuidadores para exercitarem habilidades em expressar empatia, reforçar as escolhas do portador de condição crônica e ajudar na solução dos problemas.

As atividades educacionais para o autocuidado podem ser dirigidas a pessoas com uma mesma condição crônica ou a portadores de diferentes condições crônicas. Algumas experiências se fazem como cursos que duram, normalmente, seis semanas, em sessões de duas horas e meia, com grupos de oito a dezesseis participantes. Os tópicos desenvolvidos englobam como quebrar o ciclo dos sintomas, alimentação, exercícios, comunicações, manejo da dor e medicação ⁽⁷⁹⁴⁾.

O Boxe 10 descreve o curso para o autocuidado desenvolvido, no Reino Unido, para portadores de artrite.

Boxe 10: Curso para o autocuidado da artrite

O curso objetiva capacitar pessoas adultas para gerenciarem suas vidas de forma mais efetiva e para se autocuidarem.

O curso desenvolve-se em seis sessões educacionais de duas horas e meia, com os seguintes conteúdos: os mitos a respeito da artrite; as técnicas de relaxamento; os programas de exercícios; a comunicação com a equipe de saúde; e o que as pessoas podem fazer para si mesmas em relação à artrite.

O curso envolve diferentes atividades educacionais como sessões de discussão, de tempestade cerebral e de breves exposições pelos facilitadores. Essas atividades são conduzidas por dois facilitadores.

Os participantes recebem materiais educacionais escritos, em *tapes* ou em *videotapes*.

Ao final de cada sessão, os participantes devem elaborar um plano de autocuidado semanal.

Fonte: Singh ⁽⁷⁹³⁾

Essas atividades educacionais para o autocuidado das condições crônicas foram desenvolvidas, inicialmente, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos ⁽⁷⁹⁵⁾, mas se disseminaram pelo mundo. Há evidências de que essas atividades educacionais para o autocuidado são efetivas em diferentes países: na Austrália ⁽⁷⁹⁶⁾; no Canadá ⁽⁷⁹⁷⁾; na China ^(43, 788, 798); na Espanha ^(799, 800); nos Estados Unidos ^(795, 801); em Hong Kong ⁽⁸⁰²⁾; na Índia ⁽⁸⁰³⁾; na Noruega ⁽⁸⁰⁴⁾; na Nova Zelândia ⁽⁸⁰⁵⁾; no Reino Unido ⁽⁷⁹⁴⁾; e em Taiwan ⁽⁸⁰⁶⁾.

No autocuidado apoiado é fundamental resgatar a atenção colaborativa entre a equipe da ESF e as pessoas usuárias. Portanto, há que se mover de um paradigma

de interações tradicionais para um paradigma de interações colaborativas, conforme se mostra no Quadro 8.

Quadro 8: Os paradigmas tradicional e colaborativo no autocuidado apoiado

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA COLABORATIVO
As informações e as habilidades de treinamento são dadas com base nas agendas dos profissionais de saúde	As informações e as habilidades de treinamento são dadas com base nas agendas das pessoas usuárias
Há uma crença de que o conhecimento é suficiente para a mudança de comportamento	Há a crença de que a autoeficácia da pessoa usuária promove a mudança
As metas são definidas segundo a orientação dos profissionais de saúde	As metas promovem o incremento da autoeficácia e não são definidas pela orientação dos profissionais de saúde
As decisões são tomadas pelos profissionais de saúde	As decisões são compartilhadas pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias
A mudança é feita por motivação externa induzida pelos profissionais de saúde	A mudança é feita pela motivação interna das pessoas usuárias
Os problemas são identificados pelos profissionais de saúde	Os problemas são identificados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias de forma colaborativa
Os profissionais de saúde resolvem os problemas das pessoas usuárias	Os profissionais de saúde capacitam as pessoas usuárias nas técnicas de solução de problemas e as apoiam na solução

Fontes: Bodenheimer, Grumbach ⁽¹⁵⁵⁾; Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach ⁽⁶³⁹⁾

A METODOLOGIA DOS 5 AS

O autocuidado tem sido sustentado por uma metodologia originalmente desenvolvida pelo *National Cancer Institute*, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Sofreu modificações ao longo do tempo até se tornar conhecida como a metodologia dos 5 As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento (em inglês, *assess, advise, agree, assist* e *arrange*). Os cinco As estão fortemente interrelacionados e um bom sistema de autocuidado apoiado se beneficia mais quando os utiliza em conjunto. O *US Preventive Services Task Force* adotou a metodologia dos cinco As como um construto unificador para intervenções relativas a comportamentos saudáveis ⁽⁸⁰⁷⁾.

A AVALIAÇÃO

A avaliação consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos e dos comportamentos das pessoas usuárias nas áreas sanitárias e motivacionais. Na área sanitária há que se entender o problema da pessoa: que condição crônica ela tem, qual a severidade dessa condição, qual a capacidade dessa pessoa se autocuidar e o que ela sabe sobre essa condição de saúde. O componente emocional envolve a compreensão do desejo de mudar os comportamentos de saúde e a identificação das barreiras para atingir esse objetivo. As tecnologias relativas às mudanças de comportamento encontram, aqui, um campo fértil para sua utilização. A avaliação da motivação permite estabelecer a prontidão para a mudança.

O ACONSELHAMENTO

O aconselhamento consiste na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e de treinamento de habilidades. O aconselhamento está conectado com o componente da importância que a pessoa dá a uma mudança comportamental.

Informações ajudam as pessoas a valorizar a importância de mudar seus comportamentos e a aumentar a motivação. Um estudo demonstrou que 76% dos portadores de diabetes tipo 2 não tinham informações adequadas sobre essa condição de saúde ⁽⁸⁰⁸⁾. Além disso, muitos portadores de diabetes aprendem a checar a glicemia, mas não compreendem o significado dos números obtidos na medida.

Há que se ter em mente que, nem sempre, a quantidade de informação é muito relevante. A página da *American Diabetes Association* tinha 26 domínios de conhecimentos e de aquisição de habilidades para portadores da doença e há quem afirme que se movimentar por esse material informativo, totalmente estruturado, traz mais confusão que informação significativa ⁽¹⁵⁵⁾.

Perguntar às pessoas, especialmente aos adultos, antes de informar, o que elas desejam saber é fundamental para se iniciar um processo de ensino-aprendizagem eficaz, vez que adultos só aprendem o que lhes é significativo.

Uma forma correta de informar consiste em utilizar a técnica de perguntar-informar-perguntar. Por exemplo, ao diagnosticar o diabetes o médico pergunta "o que você gostaria de saber sobre diabetes?" Após receber a resposta da pessoa, o médico dá as informações e volta a perguntar se ela entendeu o que ele disse e que informações adicionais gostaria de receber.

O Boxe 11 exemplifica um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar.

Boxe 11: Um diálogo clínico perguntar-informar-perguntar

Médico: Acabo de checar seu exame de sangue e devo lhe dizer algo importante: Você está com diabetes

Pessoa usuária: Diabetes? Meu Deus!

Médico: Você sabe o que é diabetes? (pergunta)

Pessoa usuária: Eu conheci alguém que teve diabetes, seu açúcar no sangue subiu muito e ela entrou em coma e morreu.

Médico: O coma é muito raro no seu tipo de diabetes.

Pessoa usuária: Outra pessoa que conheço teve de amputar seu pé. E teve problemas de visão.

Médico: Essas coisas podem ocorrer no diabetes, mas elas podem ser prevenidas. Diga-me: o que você gostaria de saber sobre o diabetes? (pergunta)

Pessoa usuária: Eu gostaria de saber como não ter o pé amputado.

Médico: Então vamos falar sobre como prevenir as complicações sérias do diabetes.

Pessoa usuária: Comece.

(O médico gasta algum tempo informando a pessoa sobre as complicações do diabetes (informar).

Médico: Na próxima consulta vou lhe perguntar sobre o que você se lembra dessa nossa discussão. Alguma coisa que gostaria de fazer em nosso próximo encontro?

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi (809)

É importante, também, fechar o ciclo de informação (fechamento do laço), perguntando à pessoa usuária se ela entendeu o que foi informado. Isso é importante porque metade das pessoas não consegue compreender as informações passadas pela equipe de saúde. Há evidência de que esse fechamento do ciclo da informação melhora a compreensão das pessoas usuárias e os resultados na atenção aos portadores de diabetes.

O Boxe 12 relata um diálogo clínico de fechamento do laço.

Boxe 12: O fechamento do laço num diálogo clínico

Profissional de saúde: Nós concordamos que será importante para você fazer três coisas para controlar o diabetes: melhorar a dieta, fazer exercícios físicos e tomar a medicação. Para eu saber se isso ficou claro para você, pode me repetir?

Pessoa usuária: Sim, comer menos e melhor, fazer caminhadas e tomar os medicamentos de forma correta.

Profissional de saúde: Isso mesmo, muito bem.

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifi (809)

No aconselhamento é importante treinar as habilidades de automonitoramento como parte do processo de informação. Um bom treinamento em automonitoramento coloca a pessoa com capacidade de se autorregular: por exemplo, se a glicemia é alta na manhã e baixa no final da tarde, a pessoa deve saber autoajustar a medicação, os exercícios físicos e a alimentação.

A informação é necessária, mas não suficiente, para melhorar os resultados clínicos das condições crônicas e para mudar comportamentos^(809, 810). Por isso, é necessário que se desenvolvam os outros três As.

O ACORDO

O acordo consiste na elaboração conjunta do plano de autocuidado baseado nas prioridades, convicções e confiança para mudar das pessoas. De nada adiantam as estratégias tradicionais de dizer para as pessoas que elas devem parar de fumar ou devem andar 30 minutos por dia. Há que se mudar isso por meio de uma relação colaborativa entre os profissionais de saúde e as pessoas, a partir das motivações internas dessas pessoas.

No paradigma colaborativo, as mudanças de comportamento são decisões que devem ser feitas pelas pessoas, porque se as pessoas não querem fazer uma coisa elas não a farão. A agenda compartilhada no projeto terapêutico, resulta de um pacto entre o profissional de saúde e a pessoa, mas essa tem a última palavra. Nesse processo, há uma questão-chave, conhecida como a pergunta de Kate Lorig, uma *expert* internacional em autocuidado apoiado: "Há alguma coisa que você gostaria de fazer essa semana para melhorar sua saúde? Essa questão permite à pessoa escolher a alternativa de mudança para a qual se sente motivada e constitui a base de um acordo sobre o autocuidado. É o que se mostra no Boxe 13.

Boxe 13: Um diálogo colaborativo na construção de um plano de autocuidado

Profissional de saúde: Há alguma coisa que você gostaria de fazer essa semana para melhorar sua saúde?

Pessoa usuária: Eu sei que estou comendo exageradamente, mas não posso mudar isso agora. Talvez eu possa cortar o pão e fazer mais exercícios. Aqui, a pessoa fez um exercício geral de fixação de metas, mas que não é concreto, nem medível.

Profissional de saúde: Você gostaria de fazer um plano de ação para alcançar suas metas?

Pessoa usuária: Prometo caminhar três quilômetros por dia.

Profissional de saúde: Quão seguro você está que poderá passar de nenhum exercício para três quilômetros por dia? Num intervalo de 0 a 10, o que você escolhe?

Pessoa usuária: Escolho 2.

Profissional de saúde: Compreendendo que o sucesso é mais importante que a quantidade de exercício, sugere fazer um plano de ação com metas mais factíveis.

Pessoa usuária: Posso caminhar quinze minutos três vezes por semana.

Profissional de saúde: Está bem assim. No próximo mês nos vemos e vamos ver como o plano de ação está ocorrendo.

Fonte: Adaptado de Bodenheimer, MacGregor, Sharifj ⁽⁸⁰⁹⁾

O acordo faz-se sobre as metas e sobre as ações do plano de cuidado. As metas são definidas em termos de resultados clínicos como reduzir a hemoglobina glicada ou perder cinco quilos. Diferentemente, o plano de ação faz-se sobre comportamentos concretos que levem à meta como, por exemplo, caminhar vinte e cinco minutos três vezes por semana ou reduzir o consumo de doces para duas porções semanais.

O acordo está sustentado pelo grau de confiança da pessoa em cumprir as ações.

O conceito básico para o acordo que leva à definição de metas e ao plano de ações é o de autoeficácia que expressa o grau de confiança de uma pessoa em mudar comportamentos para chegar aos objetivos desejados. Há evidência de que a autoeficácia associa-se com comportamentos saudáveis ⁽⁸¹¹⁾.

Os objetivos do plano de autocuidado apoiado são: identificar as mudanças que devem ser realizadas; descrever o quê, onde, quando, quanto e com que frequência as mudanças ocorrerão; identificar e listar as barreiras a essas mudanças e identificar e listar as estratégias de superação dessas barreiras; avaliar o grau de confiança das pessoas em cumprir as metas; e documentar e monitorar essas metas.

Há estudos que demonstram que metas específicas levam a melhores resultados que metas gerais como "fazer o melhor". Por outro lado, metas e ações de curto prazo levam a melhores resultados que metas e ações de longo prazo porque estimulam as pessoas e aumentam a autoeficácia.

Uma forma efetiva de elaborar o plano de ações é por meio de entrevista motivacional, tal como se mostra no Boxe 5.

O apoio da equipe da equipe da ESF e/ou de familiares e amigos pode ajudar na construção do plano de ações. Decidir o que fazer pode ser a parte mais difícil e exige realismo e especificidade por parte do autocuidador. Para atingir as metas é fundamental elaborar alternativas e, para isso, é preciso elaborar uma lista delas e escolher as mais viáveis. A elaboração do plano de autocuidado deve ser feita a partir de planos de ações de curto prazo, por exemplo, planos semanais. Ele deve conter ações específicas que podem ser realmente cumpridas no tempo definido. As ações do plano devem corresponder ao que as pessoas desejam e podem fazer de forma sistemática. As ações devem estar referidas a comportamentos específicos; portanto, não se vai planejar relaxar naquela semana, a meta, mas ouvir todos os dias os *tapes* de relaxamento, as ações; ou, não se vai planejar perder um quilo, mas eliminar a comida depois do jantar.

O plano de ações deve conter o que fazer, onde fazer, quanto fazer, quando fazer e com que frequência. Por exemplo, o quê: caminhar; onde: no quarteirão; quanto; quinze minutos por dia; quando, no início da manhã; e com que frequência, todos os dias. É fundamental que o plano de ação contenha o grau de confiança da pessoa em cumpri-lo. Para isso, a pessoa deve fazer-se a seguinte questão: numa escala de 0 a 10, sendo 0 totalmente não confiante e 10 totalmente confiante, quão certa está de que cumprirá aquele plano de ação. Um escore de 7 ou mais significa que o plano é realista e deverá ser cumprido. Se o resultado for inferior a 7 o plano deve ser refeito com metas menos ambiciosas. O plano deve ser escrito e colocado num lugar visível para ser consultado todos os dias como, por exemplo, na porta da geladeira.

O Boxe 14 apresenta um formulário para elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado.

Boxe 14: Um exemplo de plano de autocuidado apoiado

Nome _____ Data _____

1. Meta: O quê? Onde? Quanto? Quando? Com que frequência?

Exemplo: Essa semana irei caminhar na Praça JK, durante 30 minutos, após o café da manhã, todos os dias.

2. As principais barreiras para alcançar essa meta são: _____

3. As ações que posso fazer para superar essas barreiras são: _____

4. Meu grau de confiança em alcançar a meta é (de 0, totalmente sem confiança, a 10, totalmente confiante) _____

5. Monitoramento

DIA	CHECKLIST	COMENTÁRIOS
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Sábado		
Domingo		

Fonte: Adaptado de Lorig, Holman, Sobel, González, Minor ⁽⁶⁾

Estudos demonstram que a elaboração de um plano de autocuidado com definição de metas e ações está associada a comportamentos saudáveis e a melhores resultados clínicos ⁽⁸¹²⁾. A *American Diabetes Association*, a *American Association of Diabetes Educators* e a *American Heart Association* recomendam a definição de metas como um componente da redução de risco cardiovascular ⁽¹⁵⁵⁾.

A ASSISTÊNCIA

A assistência consiste em ações dos profissionais de saúde que permitam identificar as barreiras à mudança, aumentar a motivação das pessoas usuárias, aperfeiçoar as

habilidades de autoajuda e assegurar às pessoas usuárias o suporte necessário para as mudanças comportamentais.

A assistência envolve: ensinar habilidades de auto-monitoramento; realizar entrevista motivacional para encorajar o envolvimento e a ativação das pessoas; rever as metas e elaborar conjuntamente o plano de ações; ensinar habilidades de solução de problemas; e oferecer habilidades de conviver com dor, dificuldades respiratórias, restrições funcionais, ansiedade, depressão etc ⁽¹⁵⁵⁾.

A assistência deve ser provida antes e/ou depois da definição das metas e dos planos de ações.

Os profissionais de saúde, na identificação das barreiras às mudanças utilizando-se da entrevista motivacional, não devem tentar convencer as pessoas a assumirem comportamentos saudáveis porque a maioria delas são ambivalentes entre mudar e não mudar ⁽⁷¹⁹⁾. O argumento da mudança deve ser levantado pelas pessoas usuárias quando mencionam que comportamentos desejam mudar.

Frequentemente, os planos de ações se defrontam com obstáculos fortes. Nesses momentos, os profissionais de saúde devem assistir às pessoas na utilização da tecnologia de solução de problemas.

O Boxe 15 relata uma situação de assistência após o plano de autocuidado, inspirada numa situação hipotética ⁽¹⁵⁵⁾.

Boxe 15: A assistência após o plano de autocuidado

Quando a enfermeira Isabel telefonou para o Sr. Jorge na semana seguinte à elaboração do plano de autocuidado que envolvia mudança alimentar, ela o encontrou desencorajado. Ele concordou que sanduíches não eram alimentos muito saudáveis, comidos todos os dias, mas descreveu uma situação familiar que poderia tornar impossível preparar uma comida alternativa em casa. A enfermeira Isabel ajudou o Sr. Jorge a solucionar o problema perguntando: "Você tem alguma ideia de como substituir o sanduíche no almoço que não seja trazer um lanche de casa?" Ele respondeu que poderia ser possível ir a um restaurante a cinco blocos do trabalho em que se servem saladas, sanduíches de baixa caloria e sopas. Ele concordou com essa sugestão e um novo plano de ação foi feito para comer, todos os dias, esses alimentos mais saudáveis no restaurante. O que tinha a vantagem de agregar uma caminhada diária até o restaurante.

Há evidência de que a assistência, adequadamente realizada, associa-se com melhoria do controle glicêmico em portadores de diabetes ⁽⁸¹³⁾ e em controle da pressão arterial em portadores de hipertensão ⁽⁸¹⁴⁾.

O ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento consiste na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento.

O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo; ao contrário, exige um acompanhamento regular e sistemático por muito tempo. O acompanhamento pode ser feito de várias formas, dependendo das condições objetivas do sistema de atenção à saúde e das preferências das pessoas: visitas regulares aos serviços, telefone, correio eletrônico, grupos de pares ou recursos comunitários.

O acompanhamento pode ser feito por grupos de pares, com presença de várias pessoas, ou por grupos de duas pessoas usuárias. Uma forma muito comum é a do acompanhamento telefônico. Uma experiência de acompanhamento telefônico é a do Centro de Acompanhamento de Enfermidades Crônicas do Instituto Catalão de Saúde, em Barcelona, Espanha, em que enfermeiros, devidamente capacitados, atuam dando suporte assistencial à distância e empoderando as pessoas para o autocuidado de suas doenças. O acompanhamento é feito, em média, a cada dois meses. À medida em que as pessoas adquirem conhecimentos de habilidades para o autocuidado, as chamadas telefônicas vão se espaçando. Os resultados obtidos em 1.300 pessoas usuárias são positivos, em termos de adesão aos medicamentos, melhoria dos padrões alimentares, controle de peso e nível de autocuidado ⁽⁸¹⁵⁾.

No final de cada semana o plano deve ser revisto. Isso permite adequar o plano às possibilidades reais da pessoa. Para isso, devem-se utilizar métodos de solução de problemas: identificar o problema, listar as alternativas para solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis, monitorar os resultados e, em algumas circunstâncias, aceitar a ideia de que o problema não pode ser solucionado nesse momento. Por fim, a pessoa deve celebrar seus sucessos, o que pode ser feito por autoincentivos que são coisas agradáveis ou pequenos presentes que se autopropiciam após atingir as metas ⁽⁶⁾.

Há evidências de que o acompanhamento regular melhora os índices glicêmicos dos portadores de diabetes ^(816, 817) e melhora o controle da hipertensão ⁽⁸¹⁸⁾.

A metodologia dos 5 As está representada na Figura 19.

Figura 19: A metodologia dos 5 As no autocuidado apoiado



Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

O Quadro 9 oferece uma lista de ações que as equipes da ESF devem fazer em cada um dos As.

Quadro 9: Ações principais das equipes da ESF na metodologia dos 5 As

TIPO DE A	AÇÕES
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento da pessoa sobre sua condição de saúde. • Perguntar à pessoa o que é mais importante para ela, no momento, no autocuidado. • Perguntar à pessoa quais são as barreiras ao autocuidado. • Avaliar a importância e o grau de confiança da pessoa para o autocuidado.
Aconselhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a pessoa sobre os seus sintomas e os resultados dos exames complementares reconhecendo a sua singularidade cultural. • Informar a pessoa que as mudanças comportamentais são tão importantes quanto tomar medicamentos. • Informar quais são as evidências sobre as mudanças de comportamento na saúde. • Compartilhar as diretrizes clínicas baseadas em evidência para encorajar a pessoa a participar no tratamento.
Acordo	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer, de forma compartilhada com a pessoa, uma meta específica para o autocuidado. • Prover possíveis opções para a definição da meta de autocuidado. • Estimular a pessoa a buscar a ajuda de parentes e amigos para a definição da meta. • Discutir benefícios e riscos referentes a possíveis metas. • Estabelecer de forma compartilhada o plano de ações para alcançar a meta definida. • Estabelecer, em conjunto, o grau de confiança da pessoa em alcançar a meta.
Assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a pessoa a identificar possíveis barreiras para atingir a meta. • Discutir com a pessoa o plano de autocuidado. • Encaminhar a pessoa a um grupo ou a um curso sobre autocuidado apoiado. • Identificar com a pessoa possíveis recursos existentes na família e na comunidade que possa dar suporte ao autocuidado. • Prestar serviços que sejam adequados à cultura da pessoa. • Nos encontros de monitoramento, fazer a revisão de progresso do plano de autocuidado, renegociar meta e rever plano de ações.
Acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> • Dar à pessoa uma cópia, por escrito, do plano de autocuidado. • Monitorar, à distância, por telefone ou correio, o plano de autocuidado. • Interferir para que a pessoa possa utilizar os recursos comunitários importantes no seu autocuidado.

Fonte: Witlock, Orleans, Pender, Allan ⁽⁸¹⁹⁾

Kanaan ⁽⁸²⁰⁾ propõe uma autoavaliação trimestral que pode ser usada pela equipe da ESF para o autocuidado apoiado, formulando as seguintes questões: Qual o grau de satisfação das pessoas usuárias com a forma como a equipe está apoiando as pessoas usuárias no seu autocuidado? Qual o grau de satisfação da equipe em relação ao envolvimento das pessoas usuárias em seu autocuidado? Qual o grau de satisfação da equipe em relação à avaliação padronizada dos planos de autocuidado?

Qual o grau de satisfação da equipe de que as ações de autocuidado apoiado estão produzindo melhores resultados clínicos?

Há, também, propostas de autoavaliação do autocuidado na perspectiva das pessoas usuárias. É importante dispor de instrumentos validados para medir o grau de autocuidado das pessoas usuárias que permitam avaliar tanto o grau inicial como sua evolução temporal. Um exemplo é a Escala Europeia de Autocuidado em Insuficiência Cardíaca, desenvolvido e validado em 442 pessoas em seis centros de cardiologia da Holanda, da Suécia e da Itália ⁽⁸²¹⁾. Esse instrumento de doze perguntas que passou por validação transcultural em diferentes línguas, entre elas o espanhol ⁽⁸²²⁾. Essa escala consiste num questionário autoadministrado de doze itens que abordam diferentes aspectos do autocuidado na perspectiva da pessoa usuária. Cada item se pontua de 1 (estou completamente de acordo/sempre) a 5 (estou completamente em desacordo/nunca).

O estabelecimento de metas e a concordância das pessoas em definir as ações para alcançá-las é um fator importante para se chegar a bons resultados no manejo das condições crônicas ⁽⁸²³⁾ e tem-se verificado que se associa com melhores padrões de alimentação ⁽⁸²⁴⁾ e de exercícios físicos ⁽⁸²⁵⁾.

São importantes, no autocuidado apoiado, as redes sociais. Estudo realizado em 2.240 mulheres da Universidade Estadual do Rio de Janeiro com relação ao auto-exame das mamas, considerado um marcador do autocuidado em mulheres, verificou que a chance de realizar o auto-exame mais frequente foi duas vezes maior entre as mulheres com maior apoio social, quando comparadas com as que contavam com menor apoio ⁽⁸²⁶⁾.

O PAPEL DAS EQUIPES DA ESF NO AUTOCUIDADO APOIADO

Uma equipe da ESF deve dispor de habilidades, atitudes e instrumentos para dar apoio ao autocuidado. Dentre elas mencionam-se: ajudar a pessoas a compreenderem seu papel central em gerenciar sua condição crônica; abrir tempo na agenda para as atividades de autocuidado apoiado; explicar às pessoas o papel de cada membro da equipe no autocuidado; ajudar as pessoas a definirem metas de melhoria de sua saúde e apoiá-las na elaboração de plano de ações que aumentem sua confiança no cumprimento dessas metas; ser capaz de ter uma comunicação eficaz, utilizando estratégias como perguntar-informar-perguntar e fechamento de laço para assegurar que as pessoas entenderam as informações; preparar um plano de autocuidado, por escrito, que envolva as metas e o plano de ações para ficar claro o que as pessoas deverão fazer; utilizar grupos facilitados por profissionais de saúde ou por pares ou cursos breves para informar sobre o autocuidado apoiado e para que as pessoas

possam trocar experiências e apoiarem-se mutuamente; informar às pessoas sobre os recursos existentes na comunidade que possam ser utilizados no autocuidado apoiado; e monitorar o plano de autocuidado ⁽⁶³⁹⁾.

Para que isso aconteça é fundamental que toda equipe da ESF esteja envolvida com o autocuidado apoiado, mas que haja um de seus membros liderando esse processo e responsabilizando-se para o aperfeiçoamento de toda a equipe. Esse líder ou *coach* deve ser escolhido em função de uma inclinação ou de algum conhecimento para lidar com mudanças de comportamento, mas deve receber um treinamento específico para desempenhar esse papel.

As condições crônicas, especialmente, as doenças crônicas, vêm acompanhadas de sintomas. Em geral, não podem ser percebidos por outras pessoas e são difíceis de serem descritos, em sua singularidade, mesmo pelos profissionais de saúde. Os principais sintomas são fadiga, estresse, dificuldade de respiração, dor, raiva, depressão e problemas de sono que interagem entre si e se retroalimentam ⁽⁶⁾.

Esses sintomas, contudo, manifestam-se de forma muito especial em cada portador de condição crônica. Por isso, o autocuidado apoiado deve envolver a capacidade das pessoas de gerenciarem os seus sintomas. Isso é feito por meio de métodos de solução de problemas. Primeiro, é fundamental identificar o sintoma que se sente. Depois, é preciso tentar determinar a causa do sintoma em cada momento em que se manifesta e isso não é fácil porque os sintomas das condições crônicas são numerosos, complexos e interrelacionados. Por exemplo, a fadiga pode ser causada por uma condição crônica, por inatividade física, por alimentação inadequada, por descanso insuficiente, por problemas emocionais (estresse, ansiedade, medo e depressão) e por certos medicamentos. Um meio para alcançar esse passo é escrever um diário sobre como se manifestam os sintomas. Uma vez identificada a causa é mais fácil usar técnicas de manejo do sintoma. Por exemplo, no caso estresse podem ser utilizadas, rotineiramente, diferentes técnicas de relaxamento muscular e de meditação ⁽⁶⁾.

O autocuidado apoiado exige a provisão de materiais de suporte para o autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾. Dentre esses materiais são importantes: material educativo (*folders*, vídeos, áudios, páginas na internet) sobre tabagismo, controle do peso, uso de álcool e outras drogas, exercício físico e alimentação; programas estruturados de intervenção nas unidades da ESF relativos a esses fatores de risco; material educativo relativo às principais condições crônicas feitos a partir das diretrizes clínicas utilizadas na unidade da ESF; uma relação dos recursos comunitários existentes na área de abrangência da unidade da ESF que podem ser utilizados como apoio ao autocuidado. Em algumas circunstâncias, poderá envolver a provisão de recursos materiais para facilitar o au-

tocuidado, como medicamentos e equipamentos de saúde. É importante, também, a mobilização dos recursos comunitários que existem nos clubes, nas igrejas, nas escolas, nas associações de portadores de condições crônicas e em outros movimentos sociais que porventura existam na área de abrangência da unidade da ESF.

A elaboração de material bibliográfico que oriente o autocuidado é fundamental.

Há um manual de autocuidado apoiado pioneiro que é o "Vivendo uma vida saudável com condições crônicas: um manual de desenvolvimento do autocuidado apoiado", elaborado pela Universidade de Stanford, Califórnia, Estados Unidos ⁽⁶⁾. O objetivo desse manual é possibilitar aos portadores de condições crônicas viverem uma vida saudável, com autonomia e prazer, com base em ações de autocuidado. O autocuidado é definido pelo seguinte raciocínio lógico: a condição crônica tem longa duração ou é permanente; as pessoas convivem, em geral, com a condição todo o tempo de sua vida; os profissionais de saúde cuidam do portador de condição crônica por poucas horas no ano; logo, é impossível manejar bem a condição crônica sem o autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado implica o conhecimento das causas da condição crônica, do que pode ser feito e de como a condição ou as intervenções clínicas afetam a vida das pessoas. O autocuidado apoiado não significa que os portadores de condição crônica devam assumir, exclusivamente, a responsabilidade por sua saúde, mas que conheçam a sua condição e co-participem da elaboração e do monitoramento do plano de cuidado, juntamente com a equipe de saúde, numa relação colaborativa.

Uma característica do autocuidado é a necessidade e a busca de apoio. Por isso, fala-se de autocuidado apoiado. O apoio pode vir da equipe de saúde, da família, dos amigos e/ou da comunidade. Recursos importantes para o autocuidado apoiado são organizações comunitárias como as associações de portadores de condições crônicas específicas, grupos religiosos da comunidade, comunidades virtuais, organizações sociais e o acesso a informações, especialmente na internet. As condições crônicas apresentam sintomas que necessitam ser manejados no autocuidado apoiado. As ações de autocuidado apoiado relativas às condições crônicas e aos seus sintomas envolvem: as técnicas de relaxamento e meditação; os exercícios físicos regulares; o desenvolvimento da flexibilidade por meio de alongamentos; a comunicação com outras pessoas e com a equipe de saúde; a busca de uma sexualidade positiva; o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis; a capacidade de lidar com a questão da morte; e o autocuidado em relação aos medicamentos. Alguns capítulos do manual são dedicados a condições crônicas singulares como as doenças respiratórias crônicas, a hipertensão e as doenças cardiovasculares, as artrites e o diabetes ⁽⁶⁾.

A Kaiser Permanente (KP) oferece aos seus beneficiários um guia de autocuidado que é descrito no Boxe 16.

Boxe 16: A saúde em casa, um guia de autocuidado para melhorar a saúde e para manter-se são

Trata-se de uma publicação, em inglês e espanhol, denominada de "A saúde em casa: guia prático de Healthwise e Kaiser Permanente" que está disponível para os usuários daquela operadora de saúde dos Estados Unidos.

Esse manual contém informações sobre mais de 200 problemas de saúde e sobre diferentes formas das pessoas se manterem saudáveis e de evitarem as doenças.

O manual está organizado em capítulos. O primeiro capítulo oferece informações sobre como as pessoas devem tomar decisões sensatas sobre sua saúde, o que envolve ações de autocuidado, as relações com o enfermeiro conselheiro e com o médico. Os demais dizem respeito à saúde e bem estar, primeiros socorros e emergências, problemas do abdômen, problemas do pescoço e das costas, problemas de ossos e músculos, problemas da respiração e do peito, problemas dos olhos e ouvidos, dores de cabeça, problemas da pele, cabelo e unhas, saúde das crianças, doenças crônicas, saúde da mulher, saúde do homem, saúde sexual, atividade física, nutrição, problemas de saúde mental, medicina complementar, o centro de saúde em casa e desastres e ameaças à saúde pública.

Todos esses temas são tratados com informações sobre quando se autocuidar em casa e quando telefonar para o enfermeiro conselheiro da operadora.

O manual oferece um plano de autocuidado a ser feito pela pessoa usuária, um plano de preparação da pessoa para uma consulta médica e orientações relativas a decisões conjuntas sobre exames complementares, medicamentos e procedimentos cirúrgicos.

Uma avaliação do uso desse manual na KP mostrou os seguintes resultados: 70% dos beneficiários da operadora utilizaram o manual nos últimos seis meses; 71% dos usuários tornaram-se mais confiantes na autocuidado com o uso do manual; 60% ficaram mais confiantes na KP após o uso do manual; o manual diminuiu em 6% das consultas médicas e em 5% as chamadas telefônicas; e o uso da manual aumentou a satisfação das equipes de saúde e das pessoas usuárias.

Fontes: Sobel ⁽⁸²⁷⁾; Kaiser Permanente ⁽⁸²⁸⁾

AS EVIDÊNCIAS SOBRE O AUTOCUIDADO APOIADO

Há evidências de que o autocuidado apoiado apresenta resultados favoráveis no controle das condições crônicas.

A Organização Mundial da Saúde afirma categoricamente, em documento sobre os cuidados para as condições crônicas: "*Há evidências substanciais, em mais de 400 estudos sobre autocuidado, de que os programas que proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados*" ⁽⁴⁾.

Um trabalho do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminuiu: 40% das consultas ao médico de APS; mais de 50% dos atendimentos de urgência; 50% das internações hospitalares; 50% da taxa de permanência em hospitais; 50% no absenteísmo no trabalho; e a utilização de medicamentos ⁽⁷⁷³⁾.

Há evidências de que o autocuidado apoiado, aplicado na APS, permite obter consequências positivas nos resultados sanitários e na satisfação das pessoas usuárias (6, 155, 332, 829, 830).

As considerações feitas sobre o autocuidado apoiado devem ser refletidas em relação ao SUS. Em geral, esse tema, tão importante no cuidado das condições crônicas de saúde, não tem sido tratado teoricamente com a prioridade que merece, nem incorporado, rotineiramente, na prática social do SUS. Na ESF, em geral, ele não é praticado como rotina e de forma efetiva.

A atenção à saúde na ESF é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado do médico e do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente porque os médicos e os enfermeiros são sobredemandados por pessoas usuárias com riscos menores que poderiam estar com uma atenção multiprofissional focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos escassos.

É absolutamente fundamental que o autocuidado apoiado seja introduzido, como rotina clínica, na ESF. A adoção do autocuidado apoiado, como indicam as evidências produzidas em muitos países, determinará melhorias na qualidade da atenção e nos resultados sanitários e econômicos da ESF.

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA E A ATENÇÃO PROGRAMADA

Uma quarta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está na busca de um equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea, também denominada de atenção não programada, e a atenção programada. A hegemonia do sistema fragmentado, voltado para as condições e para os eventos agudos, desequilibrou as respostas sociais, privilegiando a atenção à demanda espontânea em detrimento da atenção programada. Sempre haverá manifestações de condições agudas e de eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas, mas há que se aumentar, relativamente, a atenção programada das condições crônicas para se buscar uma situação de equilíbrio.

A forma de responder socialmente, através dos sistemas de atenção à saúde, às condições agudas e crônicas, é que marca as diferenças entre atenção à demanda espontânea e a atenção programada.

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas determinam uma busca por atenção, por parte das pessoas usuárias, sem que se possa prever, temporariamente, sua ocorrência. Em geral, não é possível saber quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica, como uma emergência hipertensiva. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma demanda espontânea da parte das pessoas usuárias para as quais o sistema deve estar preparado por meio de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Diferentemente, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo, devem ser manejadas prioritariamente por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas, especialmente na APS.

Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção à demanda espontânea é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas. Tome-se o caso de um sistema público maduro, como o do Reino Unido, em que 70% dos atendimentos de urgência e emergência são resultantes de agudizações de condições crônicas ^(43, 370).

A atenção à demanda espontânea é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições e aos eventos agudos, que se faz de forma intempestiva, acionada pela pessoa usuária em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal. Esse tipo de atenção é absolutamente necessário e os sistemas de atenção à saúde devem ser planejados para dar conta disso. Contudo, sua aplicação às situações de agudização das condições crônicas, deve ser minimizada, o que envolve ações de melhoria da atenção programada às condições crônicas. Ou seja, a diminuição das agudizações das condições crônicas será resultado, em grande parte, da maior oferta de atenção programada aos portadores dessas condições de saúde, especialmente na APS, porque isso é parte fundamental de um modelo efetivo de atenção.

A atenção à demanda espontânea centra-se na queixa conduta. Por isso, em geral, inicia-se com uma pergunta sobre o que a pessoa está sentindo ou sobre

qual é seu problema. Caracteriza-se pela falta de informações estruturadas sobre as necessidades das pessoas usuárias, pelas diferentes expectativas de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e pela impossibilidade de a equipe de saúde prever totalmente o atendimento ⁽²⁸⁸⁾. A atenção à demanda espontânea termina, em geral, com uma prescrição médica e, não necessariamente, gera um novo atendimento clínico definido ao seu final.

A atenção programada é muito diferente. É o tipo de atenção que se deve aplicar rotineiramente às condições crônicas, que deve ser ofertada sem a presença e o barulho do evento agudo e que deve ser, necessariamente, agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis ⁽²⁸⁸⁾. Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá seu próximo atendimento agendado.

A atenção programada é o encontro clínico de iniciativa do profissional de saúde, diferentemente da atenção à demanda espontânea cuja iniciativa é da pessoa usuária. A atenção programada é uma clínica que se foca em aspectos do cuidado que não são considerados num atendimento de uma condição aguda ou de uma agudização de condição crônica. É um atendimento que se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde juntamente com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias.

A atenção programada pode ser feita em encontros clínicos individuais face-a-face ou em atendimentos por grupos de profissionais. Quando envolve uma equipe multiprofissional, os papéis de cada membro da equipe devem ser claramente distribuídos.

A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e pactuado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias. A atenção programada não se inicia com a pergunta sobre o que a pessoa está sentindo ou sobre qual é o seu problema, mas com uma avaliação do que se passou, desde o último encontro clínico, em relação ao plano de cuidado elaborado de forma compartilhada. Somente ao final do atendimento, feita a avaliação e/ou a revisão do plano de cuidado, pergunta-se se há algum outro problema que a pessoa queira considerar naquele momento.

A atenção programada deve obedecer alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado num prontuário eletrônico e no registro dos portadores

de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas ⁽⁸³¹⁾.

A oferta de atenção programada é um ponto fundamental do elemento de mudança do sistema de prestação de serviços do CCM e, por consequência, está associada com a melhoria da qualidade da atenção à saúde ⁽³⁾. A oferta da atenção programada tem sido considerada uma forma de escapar da tirania do urgente ⁽⁸³²⁾.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, com privilégio da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos.

O enfrentamento das condições crônicas, predominantemente por meio de respostas discretas e não programadas, em unidades de pronto-atendimento ambulatoriais ou hospitalares, leva, inexoravelmente, ao fracasso sanitário e econômico dos sistemas de atenção à saúde. Por consequência, políticas de incremento dessas unidades, descoladas de esforços de melhoria da atenção às condições crônicas, especialmente na APS, são estratégias inefetivas e ineficientes.

Uma vez que as condições agudas exigem uma atenção focada no evento agudo e que haverá, sempre, alguma quantidade de episódios de agudização das condições crônicas, um sistema de atenção à saúde deve planejar a capacidade de oferta da atenção à demanda espontânea para dar conta dessa demanda. Por outro lado, numa RAS, organizada segundo o MACC, um objetivo central há de ser o de minimizar a ocorrência de agudizações dessas condições. Ações nesse sentido devem ser planejadas e devem estar baseadas na utilização de intervenções que apresentem evidências de sua efetividade.

É possível reduzir a atenção à demanda espontânea, seja ambulatorial, seja hospitalar, implantando-se RASs com os modelos de atenção às condições crônicas. Tome-se o caso das internações hospitalares não programadas. Estudos indicam que 75% das reinternações hospitalares são evitáveis, sua maioria com um manejo adequado na APS, o que constitui a base do conceito de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial ^(833, 834). Há, na literatura internacional, evidências sobre o impacto do CCM na redução dessas internações hospitalares. Revisões sistemáticas e meta-análises realizadas com portadores de insuficiência cardíaca mostraram que a introdução de intervenções-chave do CCM, dentre elas o incremento da atenção programada na APS, permitiram reduzir as internações hospitalares não programadas em 50% a 85% e as reinternações em até 30% ^(835, 836, 837, 838, 839).

O aumento relativo da atenção programada é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde. Para isso, é preciso conter a oferta excessiva de atenção à demanda espontânea decorrente de agudizações de condições crônicas. Alguns sistemas de atenção à saúde mais maduros estão considerando as agudizações das condições crônicas como eventos-sentinelas que apontam para falhas sistêmicas que devem ser identificadas e superadas. Por exemplo, a Kaiser Permanente considera, em sua filosofia, que as internações hospitalares não programadas e os atendimentos ambulatoriais em unidades de urgência e emergência por condições crônicas são um sinal de falha sistêmica, vez que elas constituem um alerta de que as pessoas usuárias não receberam uma boa atenção nos estágios iniciais de sua condição de saúde, principalmente na APS ^(286, 356).

As concepções de senso comum e o exercício de certa racionalidade de resultados imediatos levam a que os gestores, os profissionais de saúde e a própria população reivindiquem e concretizem, de forma reiterada, estratégias de incremento da capacidade das unidades hospitalares ou ambulatoriais para atenção à demanda espontânea, o que gera formidável ineficiência alocativa e poucos resultados sanitários.

As considerações feitas sobre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada devem ser refletidas no ambiente do SUS.

O SUS é um sistema de atenção à saúde fragmentado e excessivamente voltado para o atendimento às condições e aos eventos agudos, o que desequilibra a relação entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada, em favor daquele primeiro tipo de atendimento à saúde. Isso é reforçado por uma visão política de resultados de curto prazo e por uma cultura geral de valorização dos equipamentos de atenção às urgências e às emergências que são de alta visibilidade e que aparentam resolver, rapidamente, os problemas de saúde da população, predominantemente constituídos por condições crônicas.

É certo que, nas redes de atenção às urgências e emergências, em circunstâncias bem definidas, há espaço para a implantação das UPAs. O programa nacional de incentivo às UPAs, estabelecido pelo Ministério da Saúde ⁽⁸⁴⁰⁾, foi recebido, por políticos, como a possibilidade de superação da gestão tradicional da saúde, por meio de uma ousadia gerencial que permitiria reduzir as filas de espera e como uma das poucas soluções viáveis propostas pela saúde pública brasileira contemporânea ⁽⁸⁴¹⁾. Esse discurso político é excessivamente otimista porque não há evidências de que os UPASs possam diminuir as filas, nem, muito menos, de que possam melhorar significativamente a situação das condições crônicas de saúde. Além disso, como já se advertiu, ainda que sejam necessárias UPASs, elas não contribuirão para a melhoria da atenção à saúde no SUS se não estiverem integradas em RASs e se, paralelamente,

não se organizar a atenção às condições crônicas, também em redes, mas com uma alta prioridade para a melhoria da qualidade da ESF ⁽⁸⁴²⁾. Há um perigo latente, para o qual se deve estar atento, de uma sobreoferta de atenção não programada aos eventos agudos que desorganize e desfinancie a ESF pelo estabelecimento de uma competição predatória por recursos escassos entre os dois tipos de equipamentos porque se sabe que o custo de uma UPA é maior do que o de várias unidades da ESF. Isso é particularmente importante nos pequenos e nos médios municípios.

É, portanto, fundamental para o SUS que se implante na ESF uma ação clínica de incremento relativo da atenção programada. Isso se fará introduzindo, de forma rotineira, o agendamento de retorno, no tempo previsto nas diretrizes clínicas, ao final de cada atendimento a uma condição crônica não agudizada, para revisão do plano de cuidado.

DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Uma quinta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no movimento de uma atenção uniprofissional, fortemente centrada no médico, para a atenção multiprofissional provida por uma equipe de saúde da família.

As evidências demonstram que a consulta médica de curta duração, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona no manejo das condições crônicas e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional. A razão é que essa atenção centrada na consulta médica de curta duração não é capaz de prover os cuidados adequados às condições agudas e crônicas, de manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis e, por consequência, de promover as interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias ⁽¹⁵⁵⁾.

Como resolver esse problema, sem prescindir da consulta médica que é indispensável nos atos médicos indelegáveis e no exercício da liderança dos médicos nas equipes de saúde da ESF?

Há duas estratégias alternativas. Uma primeira, conhecida como a estratégia do porteiro e informada por argumentos de senso comum, consiste em reduzir a população sob responsabilidade de cada médico. Ela tem sido proposta reiteradamente no nosso país, mas encontra, no SUS, dois obstáculos insuperáveis: a baixa oferta de médicos de família e comunidade e os custos em que incorreria. A segunda, a solução mais viável e que tem sido denominada de estratégia da complementação, implica a utilização de uma equipe de saúde multiprofissional

interagindo com os médicos e retirando da responsabilidade da consulta médica curta, várias tarefas que seriam desempenhadas, com vantagens, por outros profissionais da equipe da ESF ⁽⁸⁴³⁾. Em outros termos, a solução de complementação não consiste em aumentar o tempo da consulta médica, o que não tem sido possível em nenhum sistema de atenção à saúde, mas agregar, a ele, tempos de atendimentos por outras categorias profissionais que integram uma equipe multiprofissional de saúde. A consulta médica de curta duração persistirá, mas será requalificada no contexto da atenção multiprofissional.

A análise comparativa das práticas da APS na Inglaterra e nos Estados Unidos aponta para a viabilidade da solução de complementação. Há evidências de que os tempos de atendimento mais longos na Inglaterra produziram melhores resultados em condições de saúde como diabetes, asma e doença coronariana ^(844, 845). Ainda que o tempo de atenção pela equipe tenha sido maior na Inglaterra, os médicos generalistas ingleses despendem menos tempo nas suas consultas (média de oito minutos) que os médicos americanos, mas há práticas complementares, realizadas especialmente por pessoal de enfermagem, em ações preventivas, em cuidados continuados das condições crônicas e na atenção domiciliar que justificam os bons resultados clínicos, mesmo com menor tempo da consulta médica ⁽⁶⁵³⁾. Ou seja, manteve-se o tempo de consulta médica curto, mas alongou-se o tempo da atenção às condições crônicas por uma equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional é constituída por um grupo de trabalhadores que se comunica regularmente entre si a respeito da atenção à saúde de um conjunto de pessoas usuárias dos serviços de saúde sob sua responsabilidade e que co-participa da atenção integrada a uma população ⁽⁶⁷⁾. O objetivo da atenção multiprofissional é prestar o serviço certo, no lugar certo, no tempo certo e pelo profissional certo, o que é coerente com a concepção das RASs ^(846, 847, 848).

A capacidade potencial de uma equipe multiprofissional para melhorar os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde é sua habilidade para aumentar o número e a qualidade dos serviços disponíveis ⁽⁸⁴⁹⁾.

O trabalho multiprofissional distribui as tarefas entre os diferentes membros da equipe de saúde, segundo os fundamentos da atenção à saúde baseada na população ⁽⁸⁵⁰⁾. Isso significa cadastrar a população adscrita, registrá-la por condições de saúde e estratificar os portadores de condições de saúde por riscos, utilizando as ferramentas da gestão da clínica. As condições e os eventos agudos serão classificados por riscos pelo enfermeiro e as pessoas usuárias deverão chegar aos médicos no tempo adequado, segundo os riscos, definidos por cores (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, se usado o Sistema Manchester de

classificação de risco). Pessoas usuárias que necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde e de aspectos padronizados de monitoramento ou tratamento poderão ser acolhidas por membros não médicos da equipe de saúde. Parte dos atendimentos será feita em atendimentos a grupos, com presença concomitante de vários profissionais, ao mesmo tempo. As pessoas usuárias portadoras de condições mais complexas, segunda a estratificação, terão uma concentração maior de cuidados profissionais, especialmente médicos, e aquelas, portadoras de condições crônicas muito complexas terão a atenção provida por uma equipe multiprofissional coordenada por um gestor de caso.

Algumas práticas inovadoras de atenção multiprofissional têm sido propostas, como o modelo de pequenas equipes com base na utilização de *coaches* de saúde, profissionais não médicos que cuidam das pré-consultas, do planejamento das agendas, da discussão de metas com as pessoas usuárias, da conciliação de medicamentos, da prescrição de cuidados de rotina, da pós-consulta e que participam, juntamente com o médico, de suas consultas ⁽¹⁸⁸⁾.

O cuidado multiprofissional é bom para toda a equipe. Para os médicos porque os retiram de tarefas que não solicitam as suas competências e diminui a sobrecarga da atenção sobre eles; para os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional porque os incluem no trabalho em time com distribuição clara de tarefas; e para as pessoas usuárias porque, bem informadas sobre o trabalho multiprofissional, obtêm uma atenção contínua ou compartilhada, integrando as ações preventivas e curativas e incentivando o autocuidado ⁽¹⁵⁵⁾. Há indícios de que as pessoas podem transferir a sua confiança no médico para toda a equipe multiprofissional ⁽⁶⁵⁶⁾. As pessoas usuárias se beneficiam em ganhos de tempo e de conforto, em poder se relacionar, num mesmo dia, com diferentes profissionais, em atendimentos programados em sequência ou em grupos de profissionais.

No trabalho da ESF, indivíduos de diferentes disciplinas juntam-se para atender às pessoas, como o médico de família e comunidade, a equipe de enfermagem, a equipe de saúde bucal, o assistente social, o farmacêutico, o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, o profissional de educação física e o ACS.

A atenção multiprofissional não é, apenas, um grupo de diferentes pessoas com diferentes profissões atuando juntas, na ESF, por um tempo determinado. Há que se criar um espírito de equipe, o que implica que os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada qual. As tarefas da atenção devem ser distribuídas de acordo com as competências e as áreas de interesse de cada membro da equipe. Alguns elementos são fundamentais

no trabalho em equipe: estratégia de longo prazo, foco na missão e na visão e orientação para superar as resistências às mudanças que o trabalho em equipe exige.

O trabalho multiprofissional é importante porque há um valor agregado de mais olhos e mais ouvidos, dos *insights* de diferentes corpos de conhecimentos e de um espectro mais amplo de habilidades e, por isso, tem sido considerado como um critério de qualidade da APS ^(849, 850).

O trabalho multiprofissional deve ser realizado por equipes. Os membros das equipes de saúde assumem funções e responsabilidades para exercerem tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais e seus pontos fortes. A relação hierárquica no modo de trabalho convencional, com forte domínio médico, é substituída por relações horizontais, já que cada membro da equipe é valorizado por sua condição de prestador de serviços significativos e imprescindíveis para a melhoria da saúde dos portadores de condições crônicas. Numa verdadeira equipe há uma clara compreensão de todos que, ainda que as funções sejam diferenciadas, não haverá agregação de valor para as pessoas usuárias da ESF se todos não participarem de forma integrada e cooperativa.

O trabalho em equipe resulta mais benéfico quando certas condições estão presentes: quando se produz um resultado melhor que trabalhando individualmente; quando o trabalho conjunto parece coerente para todos os membros da equipe; quando as intervenções requerem uma combinação de diferentes competências; quando os mecanismos de competição entre trabalhadores individuais conduz a menor eficácia; e quando os níveis de estresse dos indivíduos são demasiado altos ⁽⁸⁵¹⁾. Todas essas condições estão presentes no trabalho da ESF.

Algumas características diferenciam uma equipe de trabalho efetiva: uma atmosfera relaxada que demonstra interesse de todos; participação plena de todos os membros no alcance dos objetivos; aceitação dos objetivos por todos os membros; escuta mútua e liberdade para sugestões criativas; clima aberto de discussão das divergências; maioria das decisões por consenso; a crítica é franca e construtiva; os membros têm liberdade para expressar seus sentimentos, tanto em relação às tarefas, como sobre como realizá-las; clareza na definição dos papéis dos diferentes membros; a liderança muda, de vez em quando, dentro do grupo, com base em expertise, mais que em posição formal; e o grupo é consciente sobre sua forma de operar e a revisa com regularidade ⁽⁸⁵²⁾.

Há indicações de que o trabalho em equipe nos sistemas de saúde depende do grau em que elas são multiprofissionais e exercitam atitudes cooperativas entre seus membros ⁽⁸⁵³⁾. Os modelos de equipes multiprofissionais cooperativas mais efetivos

incluem: uma definição compartilhada do problema; o suporte às pessoas usuárias; a focalização compartilhada em problemas específicos; a elaboração compartilhada dos planos de cuidados; a confiança e o respeito mútuos; o monitoramento das condições crônicas; e o acesso pronto aos médicos especialistas ⁽⁷⁹³⁾.

Para que o trabalho cooperativo se instale e para que a coesão se estabeleça são imprescindíveis as seguintes características: a definição de objetivos gerais, a definição de objetivos específicos mensuráveis, a implantação de sistemas clínicos e administrativos; a clara divisão do trabalho; a educação permanente de todos os profissionais; e o processo de comunicação efetivo ^(155, 854). A definição de objetivos gerais faz-se por meio de metas de melhoria dos níveis de saúde da população adscrita, de redução das barreiras de acesso à ESF e de satisfação da equipe de saúde e da população adscrita. A definição de objetivos específicos mensuráveis tem como exemplos: 80% dos portadores de diabetes com hemoglobina glicada inferior ou igual a 7%; 70% dos portadores de hipertensão com pressão arterial inferior a 14/9; e 90% das pessoas que buscam atendimento não urgente serão atendidas no prazo máximo de 24 horas. Há que se implantarem sistemas clínicos padronizados, como procedimentos para prover a renovação de medicamentos de uso contínuo e procedimentos para informar às pessoas os resultados laboratoriais, mas também sistemas administrativos como procedimentos para agendamento das pessoas usuárias. Há que haver uma clara divisão de trabalho conforme se indica no Quadro 10. É importante um sistema de educação permanente de todos os membros da equipe multiprofissional. Devem estar bem estabelecidas estruturas comunicacionais como comunicação rotineira por papel, comunicação eletrônica, comunicação rápida face-a-face com interação verbal entre os membros da equipe e reuniões da equipe, bem como processos comunicacionais como oferta de *feedbacks* e técnicas de resolução de conflitos.

Uma questão central no trabalho em equipe de APS é a avaliação das percepções dos membros da equipe sobre os seus processos de trabalho ⁽¹⁵⁵⁾. Nesse aspecto, deve-se procurar responder a algumas questões fundamentais: A equipe tem claramente articuladas metas clínicas e administrativas com indicadores medíveis para possibilitar a melhoria do trabalho? A equipe tem um *mix* de profissionais que permite atingir as metas? Os processos estão organizados para rotinizar as tarefas administrativas, por exemplo, como triar as pessoas por meio da chamada telefônica ou como os resultados de exames são comunicados às pessoas usuárias?

Cada processo-chave deve passar por um diagnóstico através do mapeamento de cada processo. A partir do mapa do processo real podem sugerir mudanças, no caso, referentes ao trabalho da equipe. Para isso pode-se usar o questionário colocado no Quadro 10, adaptando-o às diferentes realidades de equipes da ESF.

Quadro 10: Avaliação de processos-chave da APS

PROCESSO	Funciona bem	Tem pequeno problema	Tem problema sério	Totalmente desorganizado	Está sendo resolvido	Não sabe	É fonte de queixa das pessoas
Atendimento telefônico							
Sistema de agendamento							
Pedido de exames							
Fornecimento de resultados de exames							
Renovação de prescrições							
Referências a outros níveis							
Procedimentos preventivos							
Autocuidado apoiado							
Classificação de riscos na urgência							
Atenção às condições agudas							
Educação em saúde							
Estratificação de risco das condições crônicas							
Plano de cuidado							
Educação permanente da equipe							
Gestão de caso							
Programação do trabalho							
Contrato de gestão com base em desempenho							

Fonte: Adaptado de: Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement (85)

Um aspecto essencial no trabalho das equipes da ESF é a avaliação da satisfação dos seus trabalhadores. O Boxe 17 mostra um instrumento com essa finalidade.

Boxe 17: Questionário de autoavaliação da satisfação de um membro da equipe da ESF

1. Eu sou tratado com respeito, todos os dias, pelas pessoas que trabalham nessa unidade.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

2. Eu recebo tudo que necessito, materiais, instrumentos, equipamentos e motivação para desempenhar meu trabalho.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

3. Quando faço um bom trabalho alguém na unidade reconhece que eu o fiz.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

4. Quão estressante é trabalhar nessa unidade?

Muito estressante Medianamente estressante Pouco estressante Não estressante

5. Quão tranquilo é perguntar a alguém a respeito de atender às pessoas?

Muito fácil Fácil Difícil Muito difícil

6. Como você classifica o moral da equipe e suas atitudes no trabalho nessa unidade?

Excelente Muito bom Bom Razoável Ruim

7. Essa unidade hoje é melhor para se trabalhar do que um ano atrás.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

8. Eu recomendo essa unidade como um local muito bom para se trabalhar.

Concordo plenamente Concordo Discordo plenamente Discordo

9. O que poderia tornar essa unidade melhor para as pessoas usuárias?

10. O que poderia tornar essa unidade melhor para os profissionais que trabalham aqui?

Fonte: Dartmouth Medical School Center for the Evaluative Clinical Sciences/ Institute for Healthcare Improvement ⁽⁸⁵⁵⁾

A divisão das tarefas dos membros das equipes da ESF deve estar, em boa parte, definida nas diretrizes clínicas baseadas em evidências. Contudo, é necessário que haja um planejamento prévio para cada função-chave de atenção em que fiquem bem claros os papéis de cada membro da equipe. Para isso, sugere-se a utilização de uma folha de distribuição das tarefas nas equipes que deve ser construída, em conjunto, por todos os seus membros. Em geral, propõem-se as tarefas clínicas, mas podem ser planejadas, também, as tarefas logísticas.

Uma folha de distribuição de tarefas entre a equipe de saúde da ESF é proposta no Quadro 11 e tem em suas colunas os profissionais envolvidos e, nas linhas, a função dividida em tarefas.

Quadro 11: Distribuição da função e suas tarefas pela equipe da PSF

FUNÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ACS	Pa	Pb	Pz
Tarefa 1							
Tarefa 2							
Tarefa 3							
Tarefa 4							
Tarefa 5							

Fonte: Mendes ⁽⁸⁵⁶⁾

Esse quadro supõe uma equipe da ESF que tenha como profissionais mínimos, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde e que conforme a realidade de cada equipe pode agregar outros profissionais (Pa a Pz) como gerente, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e recepcionista. Em cada célula deve ser descrito o que o profissional deve fazer, em cada tarefa de uma função-chave.

A distribuição das tarefas de uma equipe de saúde, na perspectiva de transitar de uma atenção uniprofissional centrada no médico para uma atenção multiprofissional, beneficia-se da correta composição das categorias de funções que podem ser distribuídas entre os médicos e os outros profissionais de saúde. Starfield ⁽⁶⁷⁾ identifica três categorias de funções que devem ser objeto da distribuição na equipe de saúde: as funções suplementares que poderiam ser realizadas pelos médicos, mas de forma ineficiente, como aplicar injeções ou vacinas; as funções complementares que os médicos não dispõem nem de habilidades, nem de tempo para realizá-las, como o aconselhamento para as mudanças de comportamento e dos estilos de vida das pessoas usuárias; e as funções substitutivas que são realizadas normalmente pelos médicos, mas que podem ser delegadas a outros membros da equipe, como alguns procedimentos de manejos padronizados de condições crônicas. Outros autores consideram que a distribuição das funções nas equipes multiprofissionais se faz por meio das estratégias de *mix* de competências que envolvem: o fortalecimento: a expansão das tarefas de um determinado profissional; a substituição: os papéis de um profissional são divididos com outro; a delegação: as tarefas de um profissional são atribuídas a outro; e a inovação: a instituição de novos profissionais ⁽⁸⁴⁸⁾. A distribuição ótima de papéis numa equipe da ESF deverá ser feita de modo a não haver redundâncias ou retrabalho entre os membros dessa equipe.

Uma motivação para adicionar novos profissionais a uma equipe de saúde é a substituição de certas tarefas feitas pelo médico por outros profissionais não médicos.

Duas pesquisas examinaram a substituição por enfermeiros e assistentes médicos na APS e constataram que os enfermeiros prestaram serviços de qualidade equivalente aos feitos pelos médicos ^(857, 858). Pesquisas são inconclusivas se a substituição pela inclusão de profissionais de salários menores reduz o custo da atenção por atendimento ⁽⁸⁵⁹⁾, mas um estudo realizado nas equipes de APS, nos Estados Unidos, concluiu que as equipes que fizeram maior uso de enfermeiros e assistentes médicos em relação aos médicos apresentaram menores custos de trabalho por atendimento ⁽⁸⁶⁰⁾.

O trabalho em equipe deve aumentar a performance clínica pela sinergia entre diferentes profissionais que proporcionam um *mix* de habilidades clínicas. Números estudos sugerem que as equipes multidisciplinares produzem resultados clínicos superiores àqueles alcançados pelos arranjos tradicionais, pela incorporação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos nas equipes ⁽⁸⁴⁹⁾. Trabalho constatou que os ganhos de eficiência só são obtidos quando o médico delega funções clínicas para o enfermeiro e investe seu tempo em coisas que só os médicos podem fazer ⁽⁸⁶¹⁾.

Mas será que basta um grupo de profissionais estarem juntos numa unidade de ESF para conformarem uma equipe? É o que se tenta analisar no Boxe 18, num caso do adaptado do trabalho médico de uma unidade de cuidados primários ⁽¹⁵⁵⁾.

Boxe 18: O trabalho médico na Unidade Solidão

O Dr. João é um médico de família que trabalha numa unidade da ESF, a Unidade Solidão. Ele atende o Sr. Antônio, numa consulta agendada para ser realizada em 15 minutos. O Sr. Antônio é um homem de 65 anos de idade, portador de hipertensão arterial e doença renal crônica. Após um diálogo inicial, o Dr. João toma a pressão arterial e busca no prontuário individual, em papel, os resultados mais recentes de exames complementares. Em seguida, toma cinco minutos, para examinar os sete medicamentos trazidos pelo Sr. Antônio e verifica que ele está tomando dois deles erradamente. Ao rever as ações de prevenção constata que o Sr. Antônio não tomou a vacina de influenza. Vai até a sala de vacinas para solicitar que ele seja vacinado após a consulta médica. Volta ao consultório e verifica que as mudanças na alimentação não foram feitas e gasta mais cinco minutos falando da importância da reeducação alimentar. Por fim, o Sr. Antônio reclama que não conseguiu a consulta com o nefrologista e o Dr. João promete se empenhar pessoalmente para consegui-la.

Quando termina a consulta, o Dr. João reflete que ele não necessitaria de uma graduação em medicina para fazer a maior parte do que fez na consulta com o Sr. Antônio.

Uma reflexão sobre o trabalho na Unidade Solidão evoca duas questões: quem deve ser os membros de uma equipe da ESF? e como os membros da equipe atuam como um time e não como um mero conjunto de indivíduos que trabalham numa mesma unidade da ESF?

Tome-se, como metáfora, um time de futebol. Ele necessita de um *mix* de jogadores: 11 membros divididos em goleiro, zagueiros, laterais ou alas, volantes, meias e atacantes. Somente quando esse conjunto está entrosado, o que significa gerar sinergias entre os papéis de cada qual, pode-se ganhar as partidas. O mesmo deve acontecer com as equipes de saúde da ESF que devem distribuir bem os papéis entre o gerente, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o farmacêutico, o nutricionista, o psicólogo, o assistente social, a equipe de saúde bucal, o fisioterapeuta, o profissional de educação física, o recepcionista e o ACS. Mas não basta que o time de futebol tenha bons jogadores; é preciso que ele tenha um plano tático e que treine bastante durante cada semana. O mesmo deveria acontecer na equipe de saúde que, em geral, opera sem um plano tático e sem treinamento contínuo. Assim, é comum haver um grupo de profissionais na ESF, mas que não funcionam verdadeiramente como uma equipe.

É ingênuo acreditar que colocando juntos, numa unidade da ESF, um conjunto de profissionais que eles vão, de fato, funcionar como uma equipe. Voltando à metáfora do futebol, as equipes gastam, no mínimo, quatro horas por dia na semana em treinamento para jogar a partida oficial no domingo à tarde de, apenas, noventa minutos. Muitas vezes, as equipes da ESF despendem duas horas por ano em treinamento para atender quarenta horas por semana. Será que essa diferença se explica por que no futebol os resultados são transparentes e imediatos?

É indiscutível que a equipe da ESF deveria se organizar como um bom time de futebol. Mas como organizá-las? Supondo-se um razoável nível de competência e colaboração entre os membros da equipe, algumas equipes operam como um organismo que é maior que a soma de suas partes, enquanto outras não o fazem. Os fatores associados com melhores performances incluem boa liderança, uma clara divisão de papéis, capacitação dos membros em seus papéis e em funcionamento em equipe e o apoio da organização ao trabalho em equipe.

Um clima organizacional favorável parece associado com equipes mais coesas. Um considerável investimento é requerido para criar e sustentar equipes coesas. Esse investimento inclui o treinamento dos membros em funcionamento em equipe, implantação de protocolos que definam quem faz o quê nas equipes, adoção de regras de funcionamento como processo decisório e comunicação e incentivos para os trabalhadores não diretamente envolvidos na clínica ⁽¹⁵⁵⁾. Alguns estudos que têm investigado a coesão das equipes de saúde e sua associação com a efetividade operacional sugerem que a coesão das equipes está ligada a melhores resultados clínicos das pessoas adscritas a essas equipes. Por exemplo, um estudo na Inglaterra mostrou que a performance na atenção ao diabetes, a satisfação das pessoas usuárias, a continuidade do cuidado e o acesso à atenção são significativamente maiores

em equipes com escores maiores na coesão interna ⁽⁸⁴⁴⁾. Pesquisa realizada com as equipes de APS da Kaiser Permanente sugere que as equipes com cultura clínica colaborativa produzem melhores resultados clínicos, incluindo melhor controle do diabetes e da hiperlipidemia e causam maior satisfação das pessoas usuárias ⁽⁸⁶⁰⁾. Da mesma forma, estudo mostrou que pessoas idosas atendidas por equipes mais coesas em sua organização e funcionamento obtiveram melhores resultados físicos e emocionais ⁽⁸⁶¹⁾.

Se as equipes de saúde são uma boa ideia, por que elas não são tão prevalentes na prática cotidiana da ESF?

As pesquisas demonstram que as equipes apresentam inconvenientes que decorrem do aumento da complexidade organizacional. À medida em que o tamanho das equipes aumenta, os custos de transação das comunicações interpessoais incrementam-se exponencialmente e podem superar os benefícios do trabalho em equipe ⁽⁸⁶²⁾. O tamanho das equipes pode ter uma relação em forma de U com o trabalho em equipe: muitos membros ou poucos membros reduzem a eficácia ⁽⁸⁶³⁾. Sugere-se que o tamanho ótimo de uma equipe pode estar em seis a doze membros ⁽⁶⁷⁾.

As equipes devem lidar, também, com problemas de relações humanas e personalidades. Enquanto alguns membros funcionam como iniciadores e encorajadores, outros podem desempenhar papéis negativos como bloqueadores e dominadores. A despeito das evidências de que o trabalho em equipe melhora a performance clínica, a delegação de tarefas para outros profissionais pode erodir a satisfação de médicos que tem a ideia de que ele deve prover todos os cuidados.

Sem dúvida, a razão principal está na carência de uma verdadeira equipe multiprofissional porque faltam, profissionais essenciais para uma ESF de qualidade na equipe padrão.

A natureza indiferenciada e variada dos problemas clínicos na ESF torna a formação de equipes mais desafiadora. É difícil equilibrar a realidade de que alguns profissionais têm mais expertise que outros com a importância de todos os profissionais participarem ativamente na atenção à saúde ⁽⁸⁶⁴⁾.

Os incentivos econômicos devem estar dirigidos para reforçar o trabalho em equipe. Nesse sentido, o pagamento por desempenho é positivo e o pagamento por procedimentos, em geral, é uma forma de desincentivar a formação de equipes de saúde.

Há metodologias que permitem avaliar a cooperação entre os membros de uma equipe de saúde. Uma delas foi desenvolvida e aplicada em quatro regiões de Quebec, Canadá, com os objetivos de validar indicadores do modelo de cooperação, avaliar a cooperação interprofissional e interorganizacional e propor uma tipologia de cooperação ⁽⁸⁶⁵⁾.

Há evidências robustas sobre o papel de diferentes profissionais de saúde na atenção às condições crônicas na APS.

O exame da literatura permite encontrar evidências dos papéis relevantes de enfermeiros em relação ao controle das condições crônicas na APS ^(866, 867, 868, 869); de farmacêuticos clínicos ^(870, 871, 872); de agentes comunitários: no exterior ^(873, 874) e no SUS ^(875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885); de equipes de saúde mental ^(38, 886, 887, 888, 889, 890); e de assistentes sociais ^(849, 890).

Há uma tendência, suportada por evidências, de aumentar a participação dos enfermeiros na atenção às condições crônicas na APS ^(858, 891, 892, 893, 894).

Há, também, evidências em relação ao impacto positivo do trabalho da equipe multiprofissional em várias dimensões da prática da APS: nas experiências das pessoas usuárias ^(854, 872); no desenvolvimento profissional dos membros das equipes de saúde ⁽⁸⁵⁴⁾; na qualidade da atenção e nos resultados sanitários ^(854, 861, 892, 895, 896, 897, 898); na utilização dos recursos de saúde ^(854, 899); e na satisfação dos prestadores de serviços ⁽⁸⁵⁴⁾.

Essas reflexões produzidas pela mudança da atenção uniprofissional para a atenção multiprofissional na ESF devem ser feitas na singularidade do SUS.

Há que se festejar que a ESF teve, em sua origem no modelo PSF, diferentemente de modelos de medicina familiar, o trabalho multidisciplinar do médico com a equipe de enfermagem e o agente comunitário de saúde e, posteriormente, a equipe de saúde bucal.

Uma análise da ESF praticada no SUS mostra um privilegiamento da atenção profissional prestada pelo médico e equipe de enfermagem. Em geral, as consultas são de curta duração, havendo, inclusive, um parâmetro muito difundido de programação de quatro consultas por hora ⁽⁹⁰⁰⁾.

A introdução de outros profissionais não médicos na ESF aliviou a carga de trabalho médico, especialmente pela introdução da consulta de enfermagem, mas numa perspectiva muito contaminada pela lógica da atenção médica de curta duração e

que tende a medicalizar o trabalho do enfermeiro. Contudo, faltam evidências que permitam analisar, com profundidade, os resultados desse modelo de atenção em termos de resultados sanitários e no uso de recursos, mas pode-se supor, a partir das experiências internacionais, que os mesmos problemas constatados em países desenvolvidos, em relação a um sistema ainda fortemente ancorado na consulta médica de curta duração, devem estar acontecendo no SUS.

A proposta de introdução dos NASFs na ESF, ainda que possa ter resultados positivos no processo de educação permanente das equipes de saúde, é insuficiente para construir uma proposta consequente de atenção multiprofissional. A razão é que os profissionais dão apoio longitudinal às equipes da ESF, mas não compõem, organicamente, as equipes, inclusive com capacidade de geração de vínculos com as pessoas usuárias. Isso fica claro na norma quando se propõe um NASF para oito a vinte equipes da ESF. Sem considerar as possibilidades de criação de mais um nível de referência nas RASs, o que, certamente, mesmo não estando na proposta oficial, é uma possibilidade de reinterpretação da norma na prática social concreta.

Há que se ter claro que uma equipe de saúde da família, fortemente centrada na atenção do médico e do enfermeiro, não dá conta de gerar resultados sanitários positivos em relação às condições crônicas por todas as evidências produzidas pelos modelos de atenção a essas condições de saúde. É tempo de considerar a introdução, nessas equipes da ESF, como membros orgânicos e não somente como apoiadores, de outros profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos. A hipótese é de que esses novos profissionais poderão ser utilizados na proporção de um profissional a cada três equipes da ESF. Isso implicará maiores custos, mas deverá incrementar a eficiência alocativa do SUS porque essa medida é fortemente custo-efetiva. Sem eles, como membros efetivos das equipes da ESF, é muito difícil pensar em controlar as condições crônicas. Como manejar adequadamente, na ESF, o diabetes sem nutricionista, os distúrbios mentais sem psicólogo, a adesão aos medicamentos sem farmacêutico clínico, os programas de atividade física sem profissionais de educação física?

Uma revisão sistemática sobre o trabalho multiprofissional nos sistemas de atenção à saúde não permitiu constatar evidência de um tipo de composição de equipe de saúde sobre outro, ainda que se tenha concluído que a introdução de enfermeiros, assistentes sociais, profissionais de saúde mental, farmacêuticos e agentes comunitários tenha sido uma maneira útil de expandir a força de trabalho para o controle das condições crônicas; além disso, verificou-se que não basta incrementar as competências das equipes preexistentes para obter melhores resultados sanitários ⁽⁷⁹³⁾. Isso deve ser considerado ao repensar as equipes da ESF.

Sem essa expansão das equipes da ESF para enriquecer o trabalho multiprofissional, o que exigirá mais recursos, não se resolverão os problemas das condições crônicas. Porque a introdução de novas formas de atenção às condições crônicas, além das consultas médicas e de enfermagem, exige esses novos profissionais de saúde nas equipes da ESF. Esse é um movimento imprescindível a ser feito no SUS para a consolidação da ESF.

A INTRODUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO PROFISSIONAL

Uma sexta mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está na introdução de novas formas de atenção profissional na clínica. As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no CCM e constituem, juntamente com novas relações entre especialistas e generalistas, as mudanças propostas pelo elemento desenho do sistema de prestação de serviços desse modelo ⁽³⁾.

A clínica da ESF no SUS é extremamente concentrada nos encontros clínicos individuais face-a-face, as consultas médicas e de enfermagem. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas, em geral, de forma tradicional, muitas vezes sob a forma de palestras para conjuntos de pessoas. As inovações de novas formas de atenção profissional, estabelecidas no CCM e incorporadas pelo MACC, ainda não se institucionalizaram na ESF brasileira.

A expansão da equipe multiprofissional é uma condição necessária para a introdução de novas formas de atenção profissional na ESF. Uma ESF ancorada, fortemente, em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização consequente das novas formas de atenção profissional. Outra condição fundamental para a introdução de novas formas de atenção profissional é ampliar o espectro de atendimentos da agenda da ESF. Em geral, a programação da agenda dos profissionais faz-se com consultas médicas e de enfermagem e de grupos. Essas novas formas de atendimento profissional devem estar incluídas na agenda da equipe da ESF.

As novas formas de atenção profissional são propostas para atenção programada, não se aplicando, portanto, para a atenção à demanda espontânea.

Dentre essas novas formas de atenção profissional na ESF destacam-se duas: a atenção compartilhada a grupo e a atenção contínua.

A ATENÇÃO COMPARTILHADA A GRUPO (ACG)

A ACG tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional face-a-face com forte centralidade na consulta médica de curta duração e para dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas ⁽⁹⁰¹⁾.

A ACG vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde ⁽⁹⁰²⁾. Além disso, a ACG não é um grupo de educação em saúde, já que opera numa lógica muito distinta.

Como o próprio nome indica, a ACG não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provida por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes (atenção a grupo), contando com a participação de vários profissionais da equipe de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas.

A ACG foi desenvolvida, inicialmente, para grupos de idosos frágeis, por John Scott, da Universidade do Colorado, Estados Unidos ⁽⁹⁰³⁾. Os resultados foram muito positivos: 30% de diminuição da demanda em serviços de urgência e emergência; 20% de redução de internações hospitalares; diminuição das consultas com especialistas e aumento das consultas com profissionais da APS; diminuição de telefonemas para médicos e enfermeiros; maior satisfação das pessoas usuárias; diminuição dos custos da atenção ⁽⁹⁰²⁾. Posteriormente, foi adotada para outras condições crônicas como diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, câncer, asma, depressão, dor crônica e fibromialgia. A ACG tem sido aplicada com bons resultados na atenção às gestantes e no controle do sobrepeso e da obesidade ^(904, 905).

A ACG tem sido indicada para pessoas que necessitam de monitoramento contínuo, pessoas portadoras de condições crônicas estáveis, pessoas que precisam de maior tempo de atendimento e pessoas com necessidades intensas de apoio emocional ou psicossocial ⁽⁹⁰⁶⁾. A ACG é particularmente útil para as pessoas usuárias frequentes dos serviços de APS que, em geral, são portadoras de *illnesses* e são tratadas de forma inadequada e, por isso, apresentam resultados insatisfatórios e sempre estão insatisfeitas com a atenção que recebem ⁽⁹⁰⁷⁾. A ACG tem se mostrado efetiva em todos os grupos de idade ⁽⁹⁰⁸⁾. Em certas circunstâncias, membros das famílias das pessoas portadoras de condições crônicas podem participar dos grupos.

A ACG tem sido indicada por vários motivos: mostra à pessoa que ela não é a única com aquela condição; gera esperança ao ver casos de sucesso em outras pessoas; compartilha informações; diminui ansiedade; permite o desempenho de papéis de modelagem entre os pares; oferece aprendizagem interpessoal e cognitiva; e aumenta a coesão do grupo ⁽⁹⁰⁶⁾.

A implantação da ACG supõe um planejamento bem feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo.

A atenção é compartilhada porque sempre exige a presença de uma equipe multiprofissional que deve ter médico, enfermeiro, farmacêutico, assistente social e outros profissionais definidos em função da condição de saúde do grupo. Por exemplo, se for diabetes é importante a presença de nutricionista e do cirurgião-dentista, se for saúde mental do psicólogo etc. A presença do médico e do enfermeiro é imprescindível em todos os grupos.

O planejamento deve ser minucioso, devendo envolver um tempo de, pelo menos, dois meses, antes de começarem os atendimentos. Esse planejamento prévio envolve a definição dos objetivos da ACG que podem ser: aumentar a participação das pessoas na sua saúde, incrementar a satisfação das pessoas usuárias e da equipe com a atenção à saúde, alcançar os padrões ótimos definidos nas diretrizes clínicas e implantar um sistema de monitoramento das condições crônicas.

Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de vinte a vinte e cinco pessoas. É preciso considerar que, em média, 30% a 50% das pessoas não são sensíveis a participar de atividades de grupo e, por isso, é aconselhável selecionar em torno de 50 pessoas. Os participantes devem, previamente, manifestar sua intenção de participar dos grupos. Ou seja, a participação é sempre voluntária.

Esses grupos são formados a partir do exame dos registros por condições de saúde, segundo a estratificação dos riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos pela equipe da ESF. Deve haver uma clara definição das tarefas a serem desempenhadas pelos membros da equipe e a utilização de uma folha de distribuição de responsabilidades, como a proposta no Quadro 10, pode ser interessante. Após a elaboração da lista de participantes, deve ser feita uma segunda verificação, mais fina, para excluir pessoas que não apresentaram condições de participação na ACG, como pessoas com processos nosológicos terminais, pessoas com sérios problemas de memória ou de audição, pessoas com

diferenciações culturais, étnicas ou linguísticas profundas (podem ser organizados grupos específicos para essas pessoas), pessoas que viajam constantemente etc.

Os participantes devem receber uma carta, por escrito, dizendo o local, a data e o horário dos encontros e a equipe deve agendar previamente esses atendimentos. Um contato de reforço, telefônico ou por correio eletrônico, deve ser feito nos dias imediatamente anteriores à atividade.

Uma reunião preparatória da equipe de saúde deve ser feita antes da primeira sessão. As informações sobre cada participante do grupo são revistas e socializadas, bem como o papel de cada membro da equipe no atendimento. Os meios devem ser providenciados com antecedência: *flip charts*, pincéis, folhas, formulários para receitas e pedidos de exame, estetoscópios, aparelhos de pressão, monofilamentos para exame de pés, tarjetas de identificação, computadores, televisão, vídeos, síntese de histórico de saúde dos participantes e outros ⁽⁹⁰⁵⁾.

As principais normas de funcionamento da ACG são: encorajar todos a participarem; dar opinião de forma aberta e honesta; perguntar se não entender o que está sendo discutido; tratar cada qual com respeito e compaixão; ouvir atentamente os outros; tratar como confidenciais as informações compartilhadas no grupo; ser objetivo para que o trabalho possa começar e finalizar no tempo aprazado; e estar presente em todas as sessões planejadas.

A ACG exige, para o seu bom funcionamento, um espaço físico adequado, com todas as condições para desenvolver trabalhos de grupo. Esse espaço, como se mencionou, deve estar previsto no programa arquitetônico das unidades da ESF. Um bom exemplo é o espaço saúde das unidades de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O Boxe 19 descreve uma sessão de ACG.

Boxe 19: Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF

Os membros da equipe da ESF são definidos anteriormente e planejam todo o trabalho. Um local adequado para trabalho de grupo deve estar disponível.

Um membro da equipe deve estar presente na sala antes que as pessoas cheguem para acolhê-las e ajudá-las a se identificarem, nas tarjetas, pelo nome que gostariam de ser chamadas. No horário acordado a equipe multiprofissional se dirige à sala. Um membro da equipe assume as funções de facilitador-líder, muitas vezes o médico, e abre a sessão. Esse facilitador-líder deve ter domínio de dinâmicas de grupo de forma a poder lidar bem com diferentes tipos de comportamentos em grupo. Ele dá as boas-vindas e conduz a apresentação breve de todos os membros da equipe de saúde, bem como dos participantes (15 minutos). Em seguida, fala sobre os objetivos da ACG e abre espaço para questões dos participantes como: Que querem fazer? Que esperam desse trabalho? Que gostariam de saber sobre sua condição de saúde? Depois fala sobre as normas da ACG e indaga sobre as expectativas, inclusive de confidencialidade.

Depois, abre-se um tempo para interações e questões dos participantes. Essas questões são distribuídas pelo facilitador-líder aos demais membros da equipe para serem respondidas. Isso mostra para os participantes que a equipe trabalha conjuntamente. Os membros da equipe de saúde devem resistir à tentação de dar aulas, de dizer aos participantes o que eles acham que eles deveriam fazer em relação aos seus sintomas e aos seus tratamentos; essa atitude prescritora por parte dos profissionais de saúde mina as possibilidades de sucesso da ACG. O papel de cada membro da equipe de saúde é somente facilitar a interação do grupo e criar um ambiente de confiança em que os participantes possam colocar abertamente suas expectativas, seus medos, suas angústias, suas esperanças e suas possibilidades de controlarem suas condições de saúde. Os profissionais de saúde não devem responder às questões, mas redirecioná-las ao grupo com questões do tipo: Alguém aqui experimentou esse problema? O que funcionou para vocês? Isso aumenta a confiança dos participantes e sua habilidade de resolver, por si mesmos, seus problemas de saúde (30 minutos).

Em seguida, faz-se um intervalo, mas durante esse tempo (15 minutos), o médico conversa individualmente com os participantes e pode refazer a receita de medicamento de uso continuado e o enfermeiro toma os sinais vitais, cada qual começando de um lado. Em caso de presença de outros profissionais eles devem ter um momento com os participantes do grupo; por exemplo, o farmacêutico pode verificar a adesão aos medicamentos e o nutricionista fazer uma avaliação alimentar. Os membros da equipe devem perguntar aos participantes se desejam consultas individuais após a ACG. Caso positivo, devem agendá-las.

Há um intervalo em que deve ser oferecido um café ou compartilhados alimentos trazidos pelos participantes.

Na volta, retoma-se a sessão, para um momento de questões abertas sobre a saúde dos participantes ou sobre a dinâmica do grupo, a serem feitas e consideradas por todos os membros da equipe de saúde. Esse momento pode ser estimulado pelo facilitador-líder, a partir de um fato relevante como, por exemplo, um novo tratamento que apareceu na televisão naqueles dias (15 minutos).

Boxe 19: Uma sessão de atenção compartilhada a grupo na ESF

Após esse período de interações, inicia-se uma discussão sobre o que se pretende discutir no próximo atendimento, geralmente, um mês após essa primeira sessão. Há uma tendência das equipes de saúde de definirem tecnicamente essa agenda. Mas sabe-se que deixar emergir dos participantes essa agenda de discussão contribui para fortalecer os vínculos entre os participantes e para que os grupos desenvolvam um sentimento de autoconfiança.

Por fim, fecha-se a sessão, com um posicionamento claro e forte por parte do facilitador-líder, com um agradecimento e com a marcação do local e da data do próximo encontro (15 minutos).

Seguem-se os atendimentos individuais que foram agendados (30 minutos) e termina-se com um tempo livre a ser utilizado pela equipe de saúde segundo a evolução da sessão (30 minutos). Assim, uma sessão de ACG típica tem uma duração média de 2 horas e 30 minutos.

Fontes: Masley, Sokoloff, Hawes⁽⁹⁰¹⁾; Group Health Cooperative⁽⁹⁰²⁾; Scott, Robertson⁽⁹⁰⁹⁾; Beck, Scott, Williams, Robertson, Jackson, Gale et al.⁽⁹¹⁰⁾; Terry⁽⁹¹¹⁾; Noffisinger⁽⁹¹²⁾ Sadur, Moline, Costa, Michalik, Mendlovitz, Roller et al.⁽⁹¹³⁾; Thompson⁽⁹¹⁴⁾

A ACG oferece uma alternativa nova e mais satisfatória às equipes multiprofissionais de saúde para interagir com as pessoas usuárias que torna a atenção à saúde mais eficiente, que melhora o acesso aos serviços e que utiliza processos de grupos para motivar mudanças de comportamentos e melhorar os resultados sanitários. As pessoas que participam da ACG relatam que elas se conhecem melhor; que elas ficam sabendo que não são as únicas a apresentar uma determinada condição de saúde; que elas se relacionam com pessoas como elas; que elas adquirem novos conhecimentos; que elas têm uma oportunidade de fazer questões livremente; e que elas gostam da companhia dos demais componentes do grupo⁽⁹⁰²⁾.

O Boxe 20 relata a utilização da ACG na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

O cuidado compartilhado (CUCO) é uma ferramenta de trabalho da APS voltada à mudança de comportamento, para aumentar a qualidade da atenção à população com doenças crônicas. É uma tecnologia de atenção à saúde que engloba a avaliação e o monitoramento de pessoas portadoras de doenças crônicas como depressão, diabetes e hipertensão, por uma equipe multiprofissional de saúde, num processo coletivo, focada nas metas do cuidado.

A dimensão da atenção multiprofissional engloba um atendimento conjunto de pessoas com condições crônicas cujas equipes de saúde facilitam o processo de atenção à saúde que vão além das necessidades orgânicas de cada indivíduo, envolvendo aspectos educacionais, sociais e psicológicos. O CUCO facilita às pessoas apropriarem-se de novas informações sobre sua condição crônica, compartilhem experiências e estreitem os laços de amizade entre os participantes; e fortalece o vínculo com a equipe multiprofissional, tornando o ambiente propício e oportuno para fazer questionamentos sobre a condição de saúde dos membros do grupo.

O grupo é formado de forma dinâmica, o que permite o agregar novos membros a qualquer momento. A dinâmica de funcionamento do CUCO parte das dúvidas, questionamentos, situações e/ou experiências vivenciadas pelos próprios participantes com sua condição crônica, permitindo discutir sobre o mesmo assunto com enfoques diferenciados, mas sempre voltados em fortalecer a autonomia e o autocuidado das pessoas, visando ao alcance de metas estabelecidas colaborativamente.

Os critérios de inclusão são pessoas com condição crônica que concordam em participar do cuidado compartilhado, conforme estratificação dos riscos. Os critérios de exclusão são pessoas que não se dispõem a frequentar o cuidado compartilhado.

A operacionalização dessa ferramenta ocorre por meio de encontros com vinte a trinta pessoas usuárias, estruturado como se segue.

Planejamento:

Definição de sessões fixas, com 50 vagas para cada uma, conforme necessidade de cada local, por exemplo, grupos às 8h30, outro às 10h, outro às 14h e outro às 16h. Pode-se também estabelecer outras datas e horários, inclusive mais tarde, conforme possibilidade da unidade de saúde, para as pessoas que têm interesse em participar, mas que trabalham.

Local:

O CUCO funciona no espaço saúde da unidade da APS.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Convites:

Na primeira semana, os convites são distribuídos pelos ACSs. Os convites são feitos a 50 pessoas para cada horário. O número de participantes convidados deve ser em torno de 50 porque se sabe que 30% a 50% das pessoas não aderem aos trabalhos de grupos. Esses convites podem ser divididos entre as microáreas (por exemplo: se forem cinco microáreas, cada uma terá dez convites para cada um dos quatro horários disponibilizados, duzentos no total). Os ACSs oferecem os convites. A palavra "oferecer" é chave. O ACS oferece o convite e diz que é para a pessoa participar de uma proposta nova de trabalho, uma proposta bem bacana e que acharia muito legal se a pessoa pudesse comparecer, contando que os profissionais da unidade estarão esperando por ele. Explicam que são convites numerados, que a pessoa deve escolher um horário entre os disponíveis, mas que deve ser uma escolha consciente, pois a vaga escolhida não poderá ser usada por outra pessoa. Caso estejam esgotados os horários, os ACSs propõem ver se existem convites de sobra no horário escolhido com um colega e levar em outra oportunidade. Outra possibilidade de convite para o CUCO poderá ser realizada em atividade que já estejam ocorrendo na unidade de APS com pessoas portadoras de hipertensão, diabetes, distúrbios mentais etc. O convite escrito deve ser feito para essas pessoas com antecedência de, no mínimo, duas semanas (mas não muito mais do que isso) e deve ser assinado por um membro da equipe. Se possível, um telefonema, ou uma mensagem no celular, deverá ser enviado alguns dias antes da sessão para reforçar o convite. Essas comunicações devem ressaltar o fato de que o CUCO é uma atividade assistencial essencial e que contará com a presença do médico, do enfermeiro e de outros profissionais da equipe de saúde.

O CUCO estrutura-se em duas partes. A primeira parte consiste na técnica de resolução de problemas.

1ª parte (45 minutos): Técnica de resolução de problemas

Abertura da pauta/agenda:

Contextualizar os membros do grupo, contando que estão ali para participar de uma proposta nova de trabalho em que a participação deles é muito mais intensa do que usualmente se fazia na unidade.

- a. Dizer que a proposta é ouvir bastante as pessoas, com o foco em melhorar a atenção à sua condição de saúde.
- b. Pedir, então, que as pessoas expressem temas/dúvidas sobre os quais gostariam de falar.
- c. Caso não tragam muita coisa, pode-se perguntar sobre as experiências dos participantes a respeito da condição de saúde e de como enfrentam as dificuldades que a condição lhes impõem.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Dinâmica do trabalho:

O trabalho do CUCO funciona com base em princípios motivacionais de resolução de problemas para que as pessoas usuárias portadoras de condições crônicas desenvolvam um comportamento mais saudável. As estratégias de resolução de problemas têm como principal objetivo desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com situações difíceis, solucionando-as por meio de um conjunto de respostas efetivas. A técnica se propõe a fazer com que o grupo se capacite a: parar e refletir sobre a situação (condição crônica, comportamento que contribui com a melhora/piora do quadro); identificar e listar os problemas; eleger os mais relevantes e passíveis de enfrentamento; detalhar a situação, ser específico e preciso; descrever as possíveis soluções, avaliar suas consequências e eleger a mais viável e efetiva; implementar uma solução por meio de um plano de ação; monitorar e avaliar os resultados; e reiniciar o processo quantas vezes necessário. O encontro deve ser finalizado e uma forma construtiva de fazê-lo é resumir o progresso feito até então, reiterar quaisquer preocupações e intenções de mudanças expressas pelas pessoas, enfatizando sua liberdade de escolha e colocando-se à disposição como apoio. Se surgir a oportunidade, o profissional de saúde pode fazer as orientações e os encaminhamentos necessários.

2ª parte (45 minutos): avaliações

A equipe de saúde informa que agora vai para a "parte prática" do encontro, em que se dividem o grupo em grupos menores que se revezarão para avaliação conforme preconizado nas diretrizes clínicas referentes à condição crônica que une o grupo e nas necessidades das pessoas: tomada da pressão arterial, medidas de peso e de altura no primeiro encontro, medida de circunferência abdominal, medida de índice de massa corporal, exame de lesões bucais, exame do pé em portadores de diabetes, escala PHQ-9 em portadores de depressão, medida da insulina e outros.

No CUCO também se pode prescrever, solicitar exames, estabelecer, reavaliar e renegociar plano de autocuidado, encaminhar para outros grupos já formados na unidade e outras ações específicas de cada profissional.

Os dados do monitoramento devem ser anotados em planilha específica e servirão de subsídios para o estabelecimento ou repactuação do plano de autocuidado.

Um breve histórico das pessoas usuárias (resultado de exames, intercorrências, plano de autocuidado pactuado) deve estar à disposição para os profissionais a fim de auxiliar a elaboração ou repactuação do plano de autocuidado.

Nesse momento deve se fazer um combinado. O grupo combinará de se encontrar periodicamente no mesmo dia da semana e horário (por exemplo, toda a primeira terça-feira do mês, às 14h).

As pessoas usuárias de estratificação de menores riscos podem se reencontrar em meses alternados e se propõe que aqueles com maiores riscos voltem todos os meses aos encontros. Ao se estratificar o risco, as pessoas usuárias devem ser orientadas sobre a importância da frequência específica para cada estrato.

Boxe 20: O cuidado compartilhado (CUCO) na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Periodicidade de encontros do CUCO para pessoas com hipertensão arterial, diabetes e depressão:

RISCO	PERIODICIDADE
Baixo	Bimestral
Médio	Bimestral
Alto	Mensal
Muito alto	Mensal

Há uma série de comportamentos que o profissional de saúde não deve ter no CUCO: considerar-se detentor do conhecimento e do poder; estabelecer relações de hierarquia; dar ordens; ameaçar; dar conselhos; argumentar e contra-argumentar usando a lógica; interrogar e dialogar no estilo pergunta e resposta (ping-pong); fazer sermões (sejam eles moralizantes ou em forma de elogio), consolar, concordar ou aconselhar; estabelecer um confronto, discordar, julgar ou criticar, culpabilizar, ridicularizar; demonstrar desaprovação ou aprovação, irritabilidade ou intolerância; interpretar ou analisar; rotular; não ouvir, interromper a pessoa, concluir suas frases; estabelecer um foco prematuro; e não valorizar as informações da pessoa, distraído-se ou mudando de assunto.

O profissional de referência da unidade de APS para o CUCO é o auxiliar de enfermagem. Ele tem as seguintes funções: controle da relação das pessoas em cada grupo; coordenação de agenda para cada encontro e possibilidade de agenda de outros profissionais para participação do CUCO; ser referência de contato para as pessoas usuárias na unidade; ser referência de contato para os profissionais na unidade; estar presente no local do encontro com quinze minutos de antecedência para assegurar-se de que todo o material estará preparado para receber as pessoas e os outros profissionais; manter o controle de frequência dos inscritos; e verificar o local para realização do encontro (verificar disponibilidade do espaço saúde ou de alternativas como espaços na comunidade, como escola, associação de moradores, igreja e outros).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ⁽⁹¹⁵⁾

A introdução da ACG foi considerada pela Academia Americana de Médicos de Família uma das dez principais recomendações para melhorar a medicina familiar nos Estados Unidos ⁽⁹¹⁶⁾. Estudo mostrou que a introdução da ACG na APS permitiu fazer uma economia de 15 mil dólares/ano por médico ⁽⁹¹⁷⁾.

Há evidências de que o ACG tem impacto na APS: na qualidade da atenção à saúde e nos resultados ^(905, 906, 918); na satisfação dos usuários ⁽⁹¹⁸⁾; na satisfação dos profissionais da APS ⁽⁹¹⁸⁾; e no melhor uso dos recursos ⁽⁹¹⁷⁾.

O SUS não tem uma experiência relevante na utilização da ACG na ESF. Mas as evidências de outros países indicam que a ACG deve ser introduzida, rotineiramente, na ESF, como forma de melhorar a efetividade, a eficiência e a qualidade da atenção,

racionalizar a agenda dos profissionais e de ter melhores resultados no manejo das condições crônicas.

A ATENÇÃO CONTÍNUA (AC)

O conceito de AC aqui utilizado é o proposto pelo *Group Health Cooperative* ⁽⁹¹⁹⁾. Ele se diferencia de outro conceito de atenção contínua à saúde, muito usado em sistemas públicos como os do Reino Unido e do Canadá e que significa um cuidado provido por um período de tempo continuado para responder às necessidades físicas ou psicológicas de pessoas usuárias em função de deficiências, acidentes ou doenças de curso longo e que é prestado em centros de enfermagem, em residências, em instituições de longa permanência ou em unidades de cuidados paliativos ^(920, 921).

A AC foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na APS. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde.

A AC contínua é feita para pessoas que são agendadas, em sequência, para atendimentos individuais com cada membro da equipe de saúde. Por exemplo, uma pessoa portadora de diabetes pode ter uma consulta com o médico de 9h a 9h15; com o enfermeiro de 9h15 a 9h30; com o farmacêutico de 9h30 a 9h45; e com o nutricionista de 9h45 a 10h. Ao final, faz-se uma atividade educacional em grupo que pode ser agendada de 10h a 10h45. Com isso, a atenção torna-se mais confortável para a pessoa usuária porque, numa única manhã, ela se desloca para um único lugar e tem a atenção prestada por diferentes profissionais da equipe da ESF.

A AC tem como pressuposto que cada atendimento profissional é singular, envolvendo aspectos em que o profissional tem vantagens comparativas sobre os outros membros da equipe da ESF. Assim, uma prática correta de AC envolve um planejamento adequado que permita otimizar o tempo dos profissionais e das pessoas usuárias.

A AC é prestada, em série, por diferentes profissionais, mas não envolve o trabalho concomitante desses profissionais.

Os elementos incorporados na AC podem ser: atenção clínica e cuidados preventivos, por exemplo, no diabetes: exame do pé, exame oftalmológico, orientação nutricional, avaliação de exames complementares, orientações sobre comportamentos saudáveis, referência a especialistas etc.; atenção farmacêutica: efeitos adversos, adesão aos medicamentos, conciliação de medicamentos; avaliação periódica de

saúde; educação em saúde; apoio a mudanças de comportamento; e contatos com a equipe de saúde.

A AC indica-se para portadores de condições crônicas nas seguintes situações: prevenir ou minimizar complicações para pessoas com incapacidades importantes; gerenciar proativamente a atenção em subpopulações específicas; coordenar os serviços preventivos; monitorar as intervenções que têm sido feitas com base em evidências de sua efetividade ou de padrões ótimos de atenção; elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pela pessoa usuária; e avaliar os processos e resultados da atenção. A AC aplica-se, com especial interesse, em avaliações iniciais de pessoas portadoras de condições crônicas que se beneficiam de diferentes abordagens profissionais.

Os objetivos a serem alcançados pela AC são: melhorar os resultados sanitários, aumentar a satisfação das pessoas usuárias, monitorar a condição crônica, aumentar a satisfação da equipe de saúde e reduzir a utilização de serviços desnecessários. Por exemplo, a AC de idosos frágeis deve ter como foco a avaliação e monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, o monitoramento do autocuidado e a revisão do trabalho dos cuidadores e da família.

Um bom planejamento da AC envolve uma distribuição clara das tarefas que cada membro da equipe multiprofissional deverá fazer num turno de trabalho com as pessoas, de modo a evitar retrabalho e redundância entre os diferentes profissionais. Da mesma forma, as tarefas de apoio e logística devem estar bem definidas. O formulário do Quadro 10 pode ser útil no planejamento da AC na ESF.

Reuniões das equipes da ESF para avaliação e planejamento da AC devem ser feitas de forma contínua e periódica.

A seleção das pessoas para a AC deve ser feita a partir do exame dos registros de pessoas portadoras de condições crônicas, o que significa ter critérios de inclusão e de exclusão. A opção por participar da AC é da pessoa usuária que deve receber uma clara explicação da equipe sobre o que é a AC e sobre seus benefícios.

A seleção é feita por coortes de oito pessoas que são distribuídas pelos profissionais da equipe da ESF, em atendimentos individuais face-a-face, de 15 minutos cada (quatro pessoas com quatro diferentes profissionais em cada hora). 45 minutos são reservados para grupos de pessoas em atividades educacionais.

É fundamental reservar horário na agenda dos profissionais para a AC, o que pode ser por turnos de trabalho que são previstos para todo o ano em função do número de coortes de pessoas que aceitaram participar desse tipo de atendimento.

Por exemplo, a manhã das quartas-feiras de todos os meses será dedicada à AC. O número de turnos pode ser obtido dividindo o total de pessoas que desejam participar da AC por oito que é o número de pessoas de cada coorte.

A implantação da AC exige um planejamento adequado da equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para as sessões em grupo. As equipes devem se preparar com base no exame dos prontuários clínicos e nos registros de pessoas usuárias por condições de saúde, construídos por estratos de riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos previamente pela equipe de saúde.

Os participantes devem ser indagados sobre seu interesse em participar da AC por meio de uma carta enviada um mês antes do primeiro atendimento. Quinze dias antes da AC as pessoas devem ser contatadas para confirmação de sua presença e comunicadas dos horários e locais de atendimento com cada profissional. É preciso ter certo que nenhuma pessoa está agendada para mais de um profissional ao mesmo tempo. Em certas circunstâncias, exames complementares podem ser solicitados para estarem à disposição da equipe no dia da AC, por exemplo, a hemoglobina glicada para portadores de diabetes.

As salas de atendimento individual e de grupo devem estar disponíveis para a AC no seu momento de realização.

Deve haver um coordenador da AC que pode ser um dos membros da equipe, por exemplo, um enfermeiro ou um técnico/auxiliar de enfermagem. Esse coordenador articula-se com o pessoal administrativo para verificar se todas as comunicações foram feitas em tempo oportuno, recebe as pessoas no dia do AC, verifica se os profissionais e os locais de atendimento estão disponíveis, checa se os exames complementares solicitados estão prontos e orienta os fluxos na unidade.

Uma AC típica é mostrada no Boxe 21.

Boxe 21: A programação da AC numa unidade de APS do *Group Health*

A programação da AC é feita para uma coorte de oito pessoas portadoras de condições crônicas, por um turno de trabalho de quatro horas e agendada previamente com os profissionais. No caso, trata-se de uma AC feita com o médico, o enfermeiro, o farmacêutico e um profissional facilitador de um grupo de educação em saúde.

PESSOA	RECEPÇÃO	MÉDICO	ENFERMEIRO	FARMACÊUTICO	GRUPO
Pessoa 1	8h40	8h45-9h00	9h00-9h15	9h15-9h30	10h30-11h15
Pessoa 2	8h55	9h00-9h15	9h15-9h30	9h30-9h45	10h30-11h15
Pessoa 3	9h10	9h15-9h30	9h30-9h45	9h45-10h00	10h30-11h15
Pessoa 4	9h25	9h30-9h45	9h45-10h00	10h00-10h15	10h30-11h15
Pessoa 5	9h40	9h45-10h00	10h00-10h15	11h30-11h45	10h30-11h15
Pessoa 6	9h55	10h00-10h15	11h30-11h45	11h45-12h00	10h30-11h15
Pessoa 7	10h00	10h15-10h30	11h45-12h00	12h00-12h15	10h30-11h15
Pessoa 8	11h30	11h45-12h00	12h00-12h15	12h15-12h30	10h30-11h15

A AC é feita trimestralmente para cada coorte.

A carta convite padrão escrita às pessoas é a seguinte:

Prezado(a) Sr(a) _____

A fim de melhorar a atenção à sua saúde nós estamos iniciando, em nossa unidade, uma atividade denominada de atenção contínua.

É uma atividade clínica que você poderá, para seu conforto, vir à nossa unidade um turno de quatro horas e receber atenção de vários profissionais que estão envolvidos no seu tratamento. Você terá atendimento pelo médico, pelo enfermeiro e por outros profissionais que são importantes para sua saúde. Haverá, também, uma atividade de grupo para que você possa trocar ideias com outras pessoas com a mesma condição de saúde e informar-se melhor a respeito de como controlá-la.

Você está convidado(a) a participar da primeira atividade de atenção contínua que será realizada em nossa unidade no dia _____. Um profissional de nossa equipe entrará em contato com você para explicar com mais detalhes o que é a atenção contínua e para agendar sua participação. Se preferir pode nos contatar pelo telefone _____ ou pelo correio eletrônico _____.

Atenciosamente,

(profissional da unidade)

Fonte: Adaptado de Group Health Cooperative ⁽⁹¹⁹⁾

O ESTABELECIMENTO DE NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Uma sétima mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de novas formas de relação entre a ESF e a atenção ambulatorial especializada (AAE). Esse movimento de mudança está sustentado por evidências provindas do elemento desenho do sistema de prestação de serviços do CCM ⁽³⁾.

A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de profissionais.

O estabelecimento dessas novas formas de relação entre a ESF e AAE implica mudanças nos âmbitos dos cuidados primários e dos ambulatorios especializados, o que significa operar em RASs de forma a coordenar esses dois níveis de atenção ⁽²¹⁾. Mas há que se ressaltar que a coordenação das relações entre a ESF e a AAE, na perspectiva das RASs, é uma função da equipe da ESF.

A AAE é uma das áreas menos estudadas no SUS. O diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é que a AAE é um gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, normalmente chamada de "vazios assistenciais da média complexidade". Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta em algumas especialidades, boa parte do problema parece residir nos vazios cognitivos, já que se pesquisa pouco sobre a AAE no nosso país. Um aprofundamento da questão vai mostrar que muitos problemas que se manifestam fenomenicamente sob a forma de vazios assistenciais podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações entre a ESF e a AAE sem, necessariamente, aumentar a oferta de serviços secundários.

Certas situações são fundamentais em causar desequilíbrios entre oferta e demanda por AAE. Tomem-se, como exemplos, três delas.

O MPR evidencia que numa população portadora de condição crônica, 70% a 80% são de condições menos complexas e, essas pessoas, devem ter sua atenção concentrada na equipe da ESF e nas ações de autocuidado porque, em geral, não se beneficiam da AAE. É certo que mesmo para essas pessoas, o juízo clínico dos profissionais de cuidados primários pode indicar, em situações determinadas, interconsultas com especialistas. Não obstante, as unidades de AAE, por falta da estratificação de riscos

na ESF, estão lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas mais simples, por exemplo, portadores de hipertensão de baixo e médio riscos. Quem visita os centros de especialidades médicas tradicionais dá conta dessa realidade. Essa é uma das causas que pressionam, forte e indevidamente, a agenda das unidades de AAE gerando reclamações sobre as dificuldades de se conseguirem consultas com especialistas. Isso pode ser resolvido com a introdução da estratificação de riscos na ESF, segundo as evidências do MPR, o que reduziria significativamente a demanda por AAE.

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de AAE é a vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas por generalistas, por esses profissionais especializados. Num município brasileiro de grande porte, verificou-se que 65% das consultas médicas com especialistas eram de retorno e, apenas, 35% eram de casos novos⁽⁹²²⁾. É certo que um pequeno percentual de pessoas podem se vincular definitivamente aos especialistas. Contudo, as novas formas de relação entre a ESF e a AAE são baseadas nas interconsultas, o que, além de prover uma melhor atenção à saúde, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE.

Outro fator de desequilíbrio entre oferta e demanda está no forte centramento da atenção ambulatorial na consulta médica individual e presencial. Em geral, os centros de especialidades médicas tradicionais não operam com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado. Por outro lado, não há uma prática de introdução de novas formas de atenção como ACG, AC, atenção por pares e outras que permitiriam aliviar, relativamente, a agenda dos médicos especialistas e melhorar a qualidade da atenção.

Esses três fatores – há outros além deles –, se modificados poderiam ter um impacto significativo no desequilíbrio entre a demanda e a oferta por AAE. Isso significaria, predominantemente, mudanças de processos nas unidades de AAE, sem grandes investimentos na estrutura para incremento unilateral da oferta de serviços.

O tema das relações entre a ESF e a AAE pode ser discutido em várias dimensões. Aqui ele vai ser abordado em três aspectos: as considerações sobre os generalistas e os especialistas, os modelos de relação entre a ESF e a AAE e os modelos de organização da AAE.

OS GENERALISTAS E OS ESPECIALISTAS

O trabalho em RASs implica relações próximas e coordenadas entre os generalistas e os especialistas.

No caso, os generalistas são os profissionais que atuam nas equipes da ESF e os especialistas são os profissionais que fazem parte de equipes de AAE que constituem pontos de atenção secundária das RASs.

A relação entre generalistas e especialistas é uma expressão temática das tendências organizacionais em geral, e do setor industrial em particular, em que se observou a necessidade da especialização para lidar com uma complexidade crescente, mas sob a supervisão e coordenação de gerentes generalistas quando essa complexidade é muito alta ⁽⁹²³⁾. As funções dos generalistas, em quaisquer campos da atividade humana, são: enxergar a organização como um todo e suas relações com o ambiente externo; atuar como centros de comunicação entre todas as partes da organização e do ambiente externo; e ajudar a organização a adaptar-se às mudanças internas e externas. Os problemas intraorganizacionais ou entre a organização e o ambiente externo são levados ao generalista que pode tentar resolvê-lo ou encaminhá-lo para um especialista para solucioná-lo, mas, ainda assim, cabe ao generalista garantir que o problema seja tratado conforme o interesse geral da organização, o que é sua tarefa ⁽⁶⁸⁹⁾.

É preciso ter em mente que os especialistas não são somente os médicos. Nos ambulatórios especializados há outros especialistas como assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem, nesses ambulatórios, trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, num ambulatório especializado em diabetes pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes e num ambulatório especializado em pessoas idosas pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção às pessoas idosas.

A utilização de enfermeiros especialistas é crescente em vários países. Na Suécia é comum a utilização de enfermeiros especializados em diabetes e em doenças respiratórias crônicas ⁽⁹²⁴⁾. Nos Estados Unidos havia, em 2010, aproximadamente 60 mil enfermeiros especialistas (*clinical nurse specialists*), boa parte deles trabalhando em ambulatórios especializados ⁽⁹²⁵⁾.

Há enfermeiros especialistas em uma condição crônica, como diabetes ou asma, e há enfermeiros especialistas em mais de uma condição crônica, os *advanced practice nurses* ⁽⁷⁹³⁾.

Evidências demonstraram que o trabalho de enfermeiros especialistas é efetivo e eficiente. Uma revisão sistemática de sete ensaios clínicos randomizados mostrou que o trabalho de enfermeiros especialistas em pessoas idosas portadoras de condições crônicas melhorou os resultados da atenção e reduziu custos ⁽⁹²⁶⁾. Ensaio clínico randomizado

verificou que enfermeiros especialistas reduziram os atendimentos não programados em asma ⁽⁹²⁷⁾. Ensaio clínico randomizado, realizado na Holanda, demonstrou que o trabalho de enfermeiros especialistas com crianças portadoras de asma reduziu as consultas e os custos da atenção ⁽⁹²⁸⁾. Pesquisa feita nos Estados Unidos constatou que os enfermeiros especialistas em asma reduziram as internações hospitalares de crianças e os custos da atenção ⁽⁹²⁹⁾. Ensaio clínico randomizado, feito na Escócia, verificou que as pessoas portadoras de insuficiência cardíaca acompanhadas por enfermeiros especializados tiveram menores probabilidades de morrer e de se internarem ⁽⁹³⁰⁾.

No SUS há experiências relevantes de utilização de equipe multiprofissional em ambulatorios especializados. No Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, um ambulatório especializado microrregional para doenças cardíacas e diabetes, vários especialistas trabalham em conjunto: médicos (endocrinologista, angiologista, cardiologista), enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo ⁽⁹³¹⁾. No Centro Mais Vida de Belo Horizonte, um equipamento de atenção ambulatorial especializada para atenção às pessoas idosas, há diversos especialistas na equipe: médicos (geriatra, neurologista), enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e assistente social ⁽⁹³²⁾.

Em relação aos médicos, na perspectiva de sistemas de atenção à saúde estruturados em RASs, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias.

É o que sugerem McWhinney e Freeman ⁽⁶⁸⁹⁾ quando afirmam que qualquer organização depende do equilíbrio entre generalistas e especialistas, mas que nas organizações de saúde, até pouco tempo atrás, se questionava o valor dos médicos generalistas, com o argumento de que a explosão do conhecimento impossibilitava uma atuação de generalistas e convocava a fragmentação da medicina em especialidades. Esse posicionamento envolve um erro de argumento ao assumir que o conhecimento é uma porção material que cresce por adição. Assim, se correto esse raciocínio, isso ocorreria com qualquer especialidade que, após a acumulação de conhecimentos no tempo, teria de se fragmentar em subespecialidades. Com isso se demonstra, por contradição, que não é real a suposição da impossibilidade do generalista. Ao contrário, o generalista é essencial na ESF, pois exerce três funções fundamentais: a resolução da grande maioria dos problemas mais comuns de saúde, a coordenação do cuidado e a responsabilização pela população a ele adscrita ⁽⁶⁰⁾.

As falácias sobre os médicos generalistas e os especialistas baseiam-se em seis conceitos equivocados: o generalista tem de conhecer todo o campo do conheci-

mento médico; em qualquer campo da medicina, o especialista sempre sabe mais do que o generalista; ao especializar-se, a incerteza pode ser eliminada; é apenas por meio da especialização que se pode atingir a profundidade do conhecimento; à medida que a ciência avança, a carga de informação aumenta; e o erro em medicina é geralmente causado por falta de informação ⁽⁶⁸⁹⁾.

Há de se reconhecer que generalistas e especialistas têm formações e competências diferentes, especialmente quando os generalistas são médicos de família e comunidade, um profissional imprescindível à ESF.

Quanto à formação, os médicos generalistas devem ser formados e educados em unidades de cuidados primários e por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção. Essa seria uma terminalidade a ser garantida pelas escolas médicas na graduação, acrescida da formação de especialistas em medicina de família e comunidade, especialmente em residências médicas. Já os médicos especialistas devem ser formados por pós-graduações com ênfase em centros ambulatoriais e hospitalares especializados, o que, em geral, já ocorre.

As competências dos médicos de família e comunidade e especialistas são diferenciadas.

Os médicos que praticam a ESF devem tolerar a ambiguidade porque muitos problemas não podem ser codificados segundo uma nomenclatura padrão de diagnóstico; devem saber se relacionar com as pessoas usuárias sem a presença de uma anomalia biológica; e devem ser capazes de manejar vários problemas ao mesmo tempo, muitas vezes não relacionados com uma etiologia ou uma patogênese. O médico da ESF é orientado para os problemas e formado para responder às manifestações mais frequentes desses problemas, num contexto de atenção centrada na pessoa e na família e com orientação comunitária. Ele deve ter competências para a solução de problemas não diferenciados, competências preventivas, competências terapêuticas e competências de gestão de recursos locais ⁽⁶⁸⁹⁾. O papel do médico generalista é ilustrado por um dito espanhol que afirma: "*O médico de família do Rei da Espanha sabe menos cardiologia que um cardiologista, mas é o que mais sabe sobre o Rei*" ⁽⁹³³⁾.

Diferentemente, os especialistas geralmente veem uma doença em estágios mais avançados ou após encaminhamento pelo generalista; como seu treinamento ocorre em pontos de atenção secundários e terciários, operam com estágios mais diferenciados dos problemas e tendem a superestimar a probabilidade de ocorrência de enfermidades sérias na população ⁽⁶⁷⁾. Os especialistas, ao lidar com maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em função da escala. Mas não estão tão bem preparados para lidar

com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente, desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, que quando o cuidado é provido por médicos generalistas. Estudos que comprovam a superioridade do cuidado oferecido por especialistas estão mais propensos a serem metodologicamente frágeis, particularmente em relação a falhas de ajuste para o *mix* de casos ⁽⁹³⁴⁾.

Não obstante as diferenças que existem entre médicos generalistas e especialistas, há que se reconhecer que é falso o dilema colocado sobre esses profissionais. Um bom sistema de saúde há, sempre, de operar com o trabalho conjunto desses médicos. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações que devem ser equilibradas.

Do ponto de vista qualitativo impõem-se relações de trabalho compartilhado entre a ESF e a AAE.

Do ponto de vista quantitativo deve ser buscada uma relação ótima entre médicos de família e comunidade e especialistas, o que não ocorre no SUS, por falta de oferta de médicos com formação em saúde da família e comunidade. Esse equilíbrio exigirá o incremento forte da oferta desses últimos para atuarem na ESF.

A utilização excessiva dos médicos especialistas é responsável pela descoordenação da atenção à saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos, 25% dos beneficiários do sistema *Medicare*, um programa público de atenção às pessoas idosas, que apresentam cinco ou mais condições crônicas, fazem, em média, por ano, treze consultas médicas a diferentes médicos que geram 50 prescrições diferentes e, isso ocorre, em função da falta de coordenação da atenção à saúde por médicos generalistas ⁽²⁷⁾. Além disso, como mostrou uma clássica pesquisa sobre variações regionais da atenção à saúde nos Estados Unidos, feita com beneficiários do programa *Medicare*, a presença excessiva de especialistas leva a resultados sanitários e econômicos inferiores ⁽¹⁶⁴⁾. A comparação entre regiões de maiores e menores gastos em saúde, mostrou que as de maiores gastos, apesar de ofertarem mais serviços (aproximadamente 60% a mais que as de menores gastos), apresentavam menor satisfação das pessoas usuárias em relação a serviços preventivos e o mesmo nível de acesso. O estudo reitera o que se sabe: há associação entre mais dinheiro e mais serviços, mas não há associação entre mais serviços e mais saúde. Uma das explicações para esses resultados foi a forte orientação para especialistas que caracterizavam as regiões de altos gastos.

É fundamental que a relação entre médicos generalistas e especialistas seja coordenada pelos generalistas.

Há evidências de que a introdução de médicos generalistas gera bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população ^(73, 106, 923, 935, 936, 937, 938, 939, 940). Há, também, evidências de que o acesso regular à APS provida por generalistas, em relação àquela prestada por especialistas, leva à redução da mortalidade ^(104, 941); à melhoria dos níveis de saúde ⁽⁹⁴²⁾; a um maior acesso a serviços preventivos ^(943, 944); a uma cobertura maior de vacinação ⁽⁹⁴⁴⁾; à redução de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial ⁽⁹⁴⁵⁾; e a melhores resultados pós-cirúrgicos ⁽⁹⁴⁶⁾. Uma revisão sistemática encontrou que a continuidade do cuidado é mais provável de ocorrer com os generalistas do que com os especialistas e está associada com menores taxas de internação e de atenção em unidades de urgência e emergência e com redução dos custos totais da atenção à saúde ⁽¹⁵⁷⁾.

Do ponto de vista econômico, os médicos generalistas, segundo estudo feito em quatorze países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), custaram, em média, em remuneração do trabalho, 50% menos que os especialistas ⁽⁹⁴⁷⁾. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que, no ano de 2005, o salário médio anual de um médico de família foi US\$ 161 mil, o de um obstetra de US\$ 247 mil, o de um anestesiológico de US\$ 325 mil, o de um urologista de US\$ 335 mil, o de um cirurgião ortopedista de US\$ 396 mil e o de um cirurgião cardíaco de US\$ 427 mil ⁽¹⁵⁵⁾. Há outros trabalhos que evidenciaram os menores custos dos generalistas ^(79, 162, 163). Países com maior proporção de médicos generalistas tendem a apresentar menores gastos sanitários *per capita* em relação aos países com maiores proporções de especialistas ⁽⁶⁷⁾.

A explicação dos maiores gastos com especialistas está na propensão desses médicos em aumentar o volume dos procedimentos realizados ⁽⁹⁴⁸⁾. Mesmo quando o valor pago pelos procedimentos foi reduzido, tal como ocorreu no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, os especialistas compensaram essa redução pelo incremento do volume de procedimentos ⁽⁹⁴⁹⁾. No período de 1988 a 2002, enquanto o volume de procedimentos feitos por médicos generalistas, por beneficiário/ano, cresceu 2,6%, o volume de procedimentos ofertados por cardiologistas e dermatologistas aumentou 5,9%. Outros estudos mostraram que os especialistas incrementaram sua produtividade fazendo mais procedimentos por hora de trabalho; ao contrário, dada a natureza e a pressão da agenda dos médicos de APS, não é possível aumentar a produtividade desses profissionais sem prejudicar a qualidade e diminuir a satisfação das pessoas

usuárias. Pode-se concluir que há uma associação forte entre o aumento do volume e o aumento da renda dos especialistas, sugerindo que os aumentos em volume são mais significativos que os aumentos nos valores dos procedimentos para determinar o crescimento da renda dos médicos especialistas⁽¹⁵⁵⁾. Mais uma manifestação do princípio da indução da demanda pela oferta tão presente nos sistemas de atenção à saúde.

Do ponto de vista de outro objetivo dos sistemas de atenção à saúde, a equidade, constatou-se que médicos generalistas contribuem para a redução das iniquidades em saúde, o que não acontece com os especialistas⁽⁹⁵⁰⁾.

Os médicos de APS variam segundo países: nos Estados Unidos diferentes profissionais – internistas especializados, internistas generalistas, médicos de família, obstetras e pediatras –, estão presentes na prestação de cuidados primários, mas na Europa Ocidental e no Canadá predominam os médicos de família e os clínicos gerais.

Pesquisa feita nos Estados Unidos, comparando a APS prestada por internistas e médicos de família/generalistas mostrou que: os internistas gastaram mais tempo com as pessoas usuárias; pediram mais exames laboratoriais (73% das consultas contra 34% dos médicos de família/generalistas); solicitaram mais radiografias (53% das consultas contra 19% dos médicos de família/generalistas); por outro lado, os internistas tiveram maior probabilidade de oferecer orientações referentes a problemas de saúde (17,8% dos internistas contra 12,4% dos médicos de família/generalistas). Essa mesma pesquisa, comparando os pediatras e os médicos de família/generalistas, concluiu que os pediatras pediram mais exames laboratoriais, mas prescreveram menos medicamentos para certas categorias de doenças⁽⁹⁵¹⁾. Outra pesquisa demonstrou que os pediatras realizaram mais testes diagnósticos, deram mais orientação para o crescimento e desenvolvimento e realizaram mais imunizações, enquanto os médicos de família orientaram mais sobre os problemas familiares, deram mais orientação sobre sexualidade e apresentaram maior probabilidade de oferecer uma variedade mais ampla de serviços, especialmente em cirurgias menores. Essa pesquisa comparou, também, o trabalho dos médicos de família e dos internistas generalistas, o que revelou que os internistas pediram duas vezes mais exames de sangue, radiografias torácicas e eletrocardiogramas, gastaram mais tempo com as pessoas, encaminharam mais a especialistas, internaram mais e o custo médio da consulta foi duas vezes maior para os internistas^(67, 643). Outro estudo comparativo de médicos de família e internistas generalistas indicou que as pessoas atendidas pelos médicos de família gastaram menos com medicamentos e fizeram menos consultas com dermatologistas e psiquiatras, mas se utilizaram mais de consultas de urgência e emergência; as taxas de hospitalização, de consultas ambulatoriais e os gastos com exames de laboratório e radiológicos foram iguais para os dois tipos de médicos⁽⁶⁷⁾. Em termos de satisfação das pessoas usuárias, ela foi maior entre os que

utilizaram os médicos de família em relação aos que utilizaram internistas generalistas ou pediatras ⁽⁹⁵²⁾. Uma pesquisa verificou que uma maior oferta de médicos de APS está associada com menores taxas de mortalidade, mas ao desagregar os tipos de médicos, constatou que essa redução se deu com os médicos de família, mas não com os internistas generalistas, nem com os pediatras ⁽¹⁰⁶⁾.

No que diz respeito às proporções entre especialistas e generalistas, estudos realizados em áreas com presença maior de especialistas que de generalistas mostraram piores resultados: maiores taxas de consultas médicas desvinculadas das necessidades de saúde; os especialistas podem tratar exageradamente as pessoas de maneira superficial; e há maior frequência de exames complementares falso-positivos ^(953, 954). Os testes falso-positivos apresentaram a probabilidade de levar a diagnósticos de doenças que não existem e, por consequência, a novos testes e a tratamentos desnecessários; a probabilidade da acurácia de resultados positivos dos testes diagnósticos variou com o lugar em que é feito: é de 1:50 na APS e de 1:3 na atenção especializada ⁽⁹⁵⁵⁾; os médicos de APS estão em melhores condições de evitar erros de diagnósticos porque conhecem melhor as pessoas que atendem e as acompanham longitudinalmente, por longos períodos de tempo ⁽⁹⁵⁵⁾. Estudo mostrou que há uma associação entre maiores proporções de especialistas e taxas de mortalidade mais altas ⁽¹⁰⁶⁾. Em geral, os especialistas solicitam mais exames complementares porque são treinados em pontos de atenção secundários e terciários nos quais as pessoas apresentam uma maior possibilidade de ter uma doença. Estudo feito no programa *Medicare*, nos Estados Unidos, mostrou que as regiões com mais alta concentração de especialistas apresentaram gastos maiores em saúde e propiciaram uma atenção menos efetiva e de menor qualidade ⁽¹⁴⁰⁾.

Tem sido sugerido que a excessiva utilização da atenção especializada em relação à APS nos Estados Unidos é uma das causas do país, apesar de ter o maior gasto *per capita* em saúde no mundo, apresentar níveis de saúde inferiores aos de países desenvolvidos que gastam muito menos, como é o caso de ocupar a 23ª posição em expectativa de vida ao nascer. Sabe-se, também, que quanto maior a oferta de especialistas, maiores as taxas de consultas aos especialistas, em função do princípio da indução da demanda pela oferta. Além disso, sabe-se que a utilização dos especialistas fora de sua área de atuação principal produz resultados piores que os médicos generalistas. Pode-se afirmar que os médicos de APS lidam tão bem quanto os especialistas no cuidado das doenças específicas mais comuns e têm melhor desempenho quando as medidas de qualidade são mais genéricas ⁽⁹⁵⁵⁾.

Há estudos que comparam a atenção às gestantes prestada por obstetras e médicos de família. Um deles não encontrou diferenças nos riscos biológicos para as gestantes, mas concluiu que aquelas cuidadas por médicos de família tiveram uma

incidência significativamente menor de cesarianas, de uso de fórceps, de diagnósticos de desproporção céfalo-pélvica e de nascimentos prematuros ⁽⁹⁵⁶⁾. Outro estudo observou que as mulheres atendidas por médicos de família, em relação àquelas atendidas por obstetras, apresentaram menor probabilidade de receber anestesia peridural durante o trabalho de parto ou uma episiotomia e apresentaram taxas menores de cesarianas ⁽⁹⁵⁷⁾.

As proporções entre médicos generalistas e especialistas variam fortemente, mesmo em países que adotaram os generalistas na APS: no Reino Unido: 60% de generalistas e 40% de especialistas; em Portugal: 30% de generalistas e 70% de especialistas; na Espanha, 37% de generalistas e 63% de especialistas; e nos Estados Unidos, 1/3 de generalistas e 2/3 de especialistas ^(933, 955). Com relação ao percentual de pessoas atendidas por especialistas há uma variação por países: 60% a 80% da população nos Estados Unidos, 31% da população em Ontário, Canadá; 30% da população na Espanha e 15% das pessoas abaixo de 65 anos no Reino Unido ⁽⁹³³⁾.

A análise de todas essas evidências permitem supor que um bom sistema de atenção à saúde, estruturado na perspectiva das RASs, deve buscar uma otimização das relações entre os médicos especialistas e os médicos generalistas, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo.

É oportuno que as evidências sobre médicos generalistas e especialistas sejam refletidas na realidade do SUS. Algumas críticas realizadas de forma desinformada e sem base em evidências, tentam impingir à ESF a pecha de uma solução simplista e obsoleta, sacralizada ideológica e corporativamente, e que se expande politicamente, sem ter a sua estratégia radicalmente reformulada. E a reformulação radical proposta consiste em substituir o médico de família e comunidade pela presença permanente, nas unidades de APS, de pediatras, clínicos gerais e obstetras ⁽⁹⁵⁸⁾.

Como se viu anteriormente, não existem evidências de que o uso desses especialistas na APS produza melhores resultados sanitários que a utilização dos médicos de família e comunidade. Além disso, essa alternativa seria inviável em função da restrição da oferta desses especialistas e pelo alto custo que essa proposta importaria.

Portanto, a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na ESF, formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as residências em medicina de família e comunidade e garantindo programas de educação permanente efetivos. Além de oferecer salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer medicina que lhes exige dedicação integral.

OS MODELOS DE RELAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: CONSTRUINDO O MODELO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO

As evidências indicam que é fundamental operar, nas RASs, com relações produtivas entre os generalistas e os especialistas para se obterem os melhores resultados sanitários. Isso é fundamental para garantir o cuidado adequado das condições crônicas.

Contudo, nos sistemas fragmentados vigentes, essas relações dificilmente são construídas e desenvolvidas de forma consistente e coordenada. Em geral, não há comunicação entre os generalistas e os especialistas, o que implica baixa agregação de valor para as pessoas usuárias e insatisfação de profissionais e dessas pessoas. É o que se relata no Boxe 22.

Boxe 22: O caso da Sra G.

A Sra. G. é uma mulher de 58 anos de idade, já avó, com história, há 15 anos, de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão. Ela tem um índice de massa corporal de 37 e luta para fazer o controle de peso, desde jovem. Numa consulta recente ao seu médico de família queixou-se de fadiga e tristeza. No exame clínico, verificou-se que ela estava com a hemoglobina glicada de 9,7%, com pressão arterial 190/106 e com sintomas de depressão maior, apesar de estar tomando medicação antidepressiva. O médico de família postergou o ajuste das medicações hipoglicemiantes e antihipertensivas até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou-a ao ambulatório especializado de saúde mental para revisão da depressão. A Sra. G. teve muita dificuldade em agendar uma consulta no ambulatório de saúde mental. Depois de muito tempo, conseguiu uma consulta com um psiquiatra que nunca tinha visto antes e que não conhecia seu médico de família. No dia da consulta psiquiátrica, sua pressão arterial estava em 220/124 e ela se queixava de dor de cabeça e fadiga. O psiquiatra, que nunca tinha tido contato anterior com a Sra. G., alarmou-se com sua pressão arterial e a referiu a um cardiologista que, também, ela não conhecia. O cardiologista disse-lhe que sua medicação antihipertensiva era inadequada e que ela necessitava de uma medicação mais poderosa. Receitou, então, dois novos medicamentos antihipertensivos, mas nada lhe informou sobre o que fazer com os medicamentos que ela estava tomando e qual médico ela deveria consultar em caso de algum problema.

Uma semana depois, a Sra. G. teve uma síncope, foi chamada a ambulância e ela foi internada num hospital. Constatou-se que ela tinha um déficit neurológico e fez-se o diagnóstico de um acidente vascular encefálico (AVE). Com o ajuste da medicação no hospital, a pressão arterial estabilizou-se e ela teve alta para ir para a casa, com a recomendação de que deveria procurar o ambulatório de saúde mental porque sua depressão havia piorado. Em casa, ficou mais deprimida e disfuncional, não tendo energia para solicitar atendimento no ambulatório de saúde mental. Deixou de tomar a medicação e três semanas depois teve novo AVE grave.

A irmã da Sra. G. procurou o médico de família para orientação. Ele ficou consternado com o ocorrido e disse que nada sabia do que havia acontecido com aquela senhora após a última consulta. Ela ficou totalmente decepcionada com o tipo de cuidado que sua irmã recebeu daqueles profissionais.

Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

O caso da Sra. G. desvela uma forma de relação entre a ESF e a AAE definida como relação em silos⁽⁹⁵⁹⁾. É a forma mais encontrada nos sistemas fragmentados de atenção à saúde e significa que não há uma coordenação do cuidado às pessoas usuárias.

Contudo, há outras formas de relação entre a ESF e a AAE, sendo as mais comuns a relação de referência e contrarreferência, a relação de visitas periódicas de especialistas a generalistas⁽³⁰³⁾, a relação mediada por gestor de caso⁽⁹⁶⁰⁾ e a relação da coordenação do cuidado⁽⁹⁶¹⁾. Mais que formas distintas de relações, elas refletem, na realidade, diferentes gradações da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE que se movem de uma total ausência de coordenação (atenção em silos) para uma forte coordenação (coordenação do cuidado).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ESF e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas. A forma da referência e contrarreferência, a mais conhecida no SUS, é uma condição necessária, mas não suficiente para a coordenação do cuidado, já que não envolve, necessariamente, o apoio nos momentos de transição. Além disso, não implica as visitas periódicas de especialistas a generalistas e a intermediação por gestor de caso. Todos esses elementos são incorporados no modelo da coordenação do cuidado que se diferencia, radicalmente, da atenção em silos, mas que agrega, como partes suas, a referência e a contrarreferência, as visitas periódicas de especialistas a generalistas e a intermediação de gestor de caso em certas circunstâncias.

O conceito fundamental que preside a relação entre a ESF e a AAE é o da coordenação do cuidado, definido como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade⁽⁹⁵⁹⁾. A coordenação do cuidado faz-se em diferentes dimensões, mas, aqui, se foca na dimensão da relação entre a ESF e a AAE.

A coordenação do cuidado engloba um conjunto de atividades que têm importância para atingir o cuidado coordenado, o que tem sido indicado como domínios da coordenação do cuidado. Esses domínios são estabelecidos em duas grandes categorias: a coordenação das atividades e os enfoques gerais⁽⁹⁶²⁾.

Os domínios de coordenação das atividades são: estabelecer e negociar responsabilidades; garantir a comunicação, interpessoal e de transferência de informações; facilitar a transição por meio de transferência de responsabilidades e de informações entre a ESF e a AAE; avaliar as necessidades e metas determinando as necessidades das pessoas usuárias em termos de cuidado e de coordenação da atenção; elaborar

planos de cuidados proativos feitos de forma cooperativa pelas pessoas, suas famílias e equipe de saúde e definindo metas de saúde e de coordenação a serem atingidas; monitorar o plano de cuidado feito sobre resultados sanitários e de coordenação; apoiar o autocuidado das pessoas usuárias; estabelecer relações com a comunidade para facilitar o atingimento das metas definidas nos planos de cuidado; e alinhar os recursos organizacionais com as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias.

Os domínios dos enfoques gerais são: equipes de saúde focadas na coordenação do cuidado das pessoas usuárias; equipes de saúde capacitadas a prestar atenção centrada nas pessoas e nas famílias, ou seja, é a necessidade das pessoas usuárias que organiza a coordenação do cuidado, com um papel central de uma ESF capaz de exercitar os seus princípios e funções clássicos; a gestão do cuidado por meio de tecnologias de gestão da clínica; a gestão de medicamentos; e a coordenação dos sistemas de informação clínica eletrônicos.

A partir desses domínios foram elaborados sistemas de avaliação da coordenação do cuidado com diferentes questionários de avaliação, validados cientificamente, que têm sido utilizados em relação a cada um dos domínios ⁽⁹⁶²⁾.

A coordenação do cuidado pode ser analisada em diferentes perspectivas: a perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a perspectiva dos profissionais de saúde e a perspectiva do sistema de atenção à saúde ⁽⁹⁶²⁾.

Na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias, a coordenação do cuidado constitui qualquer atividade que ajuda assegurar que as necessidades e as preferências dessas pessoas por serviços de saúde e o compartilhamento de informações entre profissionais, pessoas e locais de atendimento, sejam realizados de forma oportuna. As falhas na coordenação do cuidado ocorrem, em geral, na transição de uma unidade de saúde a outra, no caso entre a ESF e a unidade de AAE, e manifestam-se por problemas de responsabilização e de quebra do fluxo de informações.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, há que se considerar que a coordenação do cuidado é uma atividade centrada nas pessoas e nas famílias, destinada a atender às necessidades dessas pessoas, apoiando-as a se moverem, de modo eficiente e efetivo, através do sistema de atenção à saúde. Isso implica a coordenação clínica que envolve determinar a quem e aonde referir as pessoas usuárias, que informações são necessárias transferir na referência e na contrarreferência e que responsabilidades são imputadas aos diversos membros das equipes de saúde. Além disso, há uma coordenação logística que envolve sistemas de apoio e de informação, de transportes e, até mesmo, sistemas financeiros ⁽⁹⁶³⁾. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva dos profissionais surgem quando a pessoas são referidas

a um profissional não adequado ou a uma unidade de saúde errada ou quando se atingem resultados ruins em função de um mau manejo clínico ou de fluxos de informações inadequados.

Na perspectiva do sistema de atenção à saúde, a coordenação do cuidado tem como objetivo integrar recursos humanos, materiais e informações necessários para dar suporte às atividades dentro e dentre os diferentes pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio e sistemas logísticos. As falhas na coordenação do cuidado na perspectiva do sistema de atenção à saúde manifestam-se em serviços inefetivos e ineficientes que resultam de problemas clínicos resultantes da fragmentação da atenção à saúde ⁽⁹⁶⁴⁾.

O caso da Sra. G. ilustra a ausência de coordenação entre a APS e a atenção especializada, característica da atenção em silos, que teve efeitos devastadores para aquela senhora e para sua família. As razões da descoordenação estão sempre ancoradas nos problemas dos sistemas fragmentados de atenção à saúde ⁽²¹⁾. Ao lerem o caso da Sra. G., muitos hão de identificar situações que são frequentes no SUS.

As relações descoordenadas ou com baixo grau de coordenação entre a APS e a AAE trazem muita insatisfação às pessoas usuárias e suas famílias e aos profissionais de saúde. Estudos realizados mostraram que 47% das pessoas entrevistadas reportaram estarem insatisfeitas com a atenção especializada recebida; 63% dos médicos generalistas e 35% dos médicos especialistas estavam muito insatisfeitos com a atenção prestada; e 68% dos médicos especialistas relataram não receberem as informações adequadas ou receberem referências inadequadas de parte dos generalistas. De sua parte, os generalistas reclamaram que não recebiam, de volta, as informações dos especialistas e que não eram notificados quando as pessoas sob sua responsabilidade eram atendidas nas unidades de urgência ou de especialidades ou eram internadas em hospitais ^(965, 966). Uma pesquisa entrevistou 4.720 médicos generalistas e especialistas, nos Estados Unidos, e verificou que 69,3% dos médicos generalistas relataram encaminhar as pessoas usuárias "sempre" ou "na maior parte das vezes" com a história clínica e a razão da referência, mas somente 34,8% dos especialistas disseram que "sempre" ou "na maior parte das vezes", receberam esses relatórios ⁽⁹⁶²⁾.

No SUS, nas relações entre a ESF e a AAE, diferentes situações se manifestam: o generalista não conhece o especialista a quem refere a pessoa usuária e o especialista não conhece o generalista a quem a contrarrefere (quando o faz); o generalista e o especialista nunca partilharam atividades clínicas ou educacionais; o especialista não tem as informações adequadas do generalista ao receber a pessoa encaminhada; o generalista não recebe as orientações do especialista ao ter de volta a pessoa; a

pessoa se queixa de que o especialista parecia não saber por que ela estava ali com ele; o especialista não resolve o problema para o qual o generalista encaminhou; o especialista se apossa definitivamente da pessoa na atenção especializada; o especialista repete exames que já haviam sido feitos na ESF; uma mesma pessoa adscrita a uma equipe da ESF é encaminhada, por uma central de regulação, a diferentes especialistas de uma mesma especialidade, em tempos diferentes, com o critério de onde tem vaga; o especialista recebe pessoas que não deveriam ser referidas a ele; o especialista se queixa de que o médico de família encaminha errado porque tem poucos conhecimentos; as relações entre os generalistas e os especialistas são impessoais e de desconfiança mútua; a consulta com especialista demora muito tempo para ser realizada, sendo uma fonte de insatisfação da população; as pessoas se sentem abandonadas quando chegam à unidade de AAE por falta de apoio na transição; e a atenção especializada é concentrada no médico, sem participação protagônica de outros profissionais de uma equipe multiprofissional. Tudo isso, contribui para que haja pouca agregação de valor para as pessoas que necessitam de cuidados especializados ambulatoriais, mesmo quando os recebem.

Essas situações têm várias causas, com o pano de fundo na fragmentação do sistema de atenção à saúde: a ESF não está estruturada para dar conta da coordenação da relação com a AAE; os generalistas e os especialistas atuam em silos que não se comunicam; a ESF não regula a AAE, o que é feito por centrais de regulação absolutamente impessoais e burocráticas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que definam as situações em que as pessoas devem ser encaminhadas aos especialistas; não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que orientem as intervenções dos especialistas; não há estratificação de riscos na ESF que permita os encaminhamentos de pessoas que efetivamente se beneficiam da AAE, segundo as evidências produzidas pelo MPR; as centrais de regulação trabalham com as agendas livres, o que faz com que uma mesma pessoa possa ser referida, em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma mesma especialidade, para um mesmo problema; as relações entre os médicos de família e os especialistas são impessoais não permitindo o trabalho clínico conjunto; a AAE é fortemente concentrada na consulta médica; em geral, não há um sistema de referência e contrarreferência estruturado com base em prontuários clínicos eletrônicos; não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição; e não há uma vinculação entre os médicos de família e os especialistas, o que significa a inexistência da territorialização da AAE.

A relação entre a ESF e a AAE tem dois elementos centrais. Um, o fluxo das pessoas entre a ESF e a AAE, outro, o apoio nos pontos de transição. É preciso ter claro que os momentos de transição geram muita insegurança para as pessoas e são áreas críticas para a segurança da atenção à saúde. As transições ocorrem quando as informações ou as responsabilidades sobre as pessoas usuárias são transferidas entre

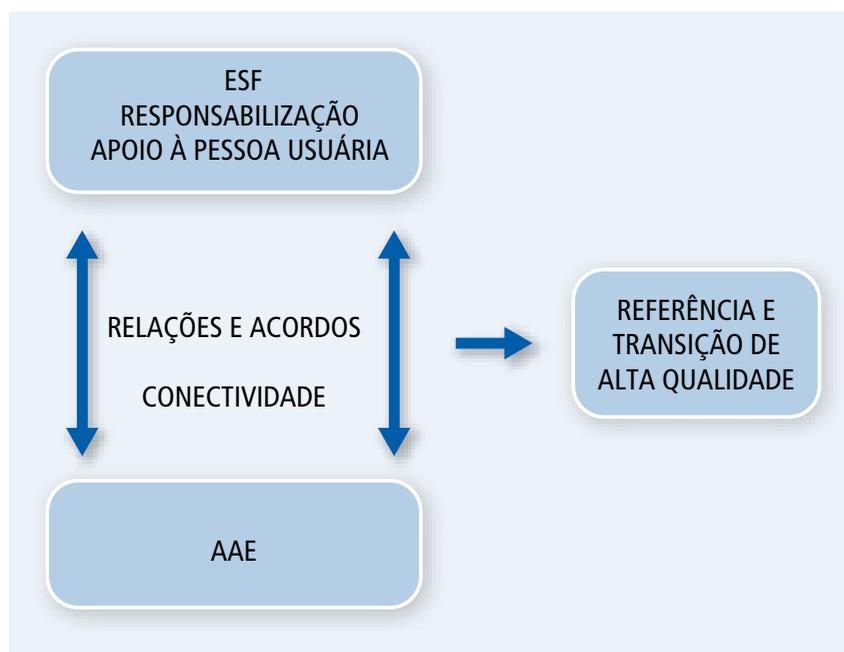
duas ou mais unidades de saúde, no caso, entre a unidade da ESF e a unidade da AAE, ou ainda, quando é mantida, por um bom tempo, por uma unidade de saúde. Um bom sistema de apoio à transição baseia-se na transferência conjunta de informações e responsabilidades e, por isso, há dois tipos de transição: a transição entre unidades de saúde e a transição temporal⁽⁹⁶²⁾. A transição entre unidades de saúde é feita transferindo-se informações e responsabilidades intraunidade, por exemplo, entre diferentes profissionais de uma equipe, ou interunidades, por exemplo, entre a ESF e a unidade de AAE. A transição temporal é feita transferindo-se informações e responsabilidades entre episódios de cuidados, por exemplo, consulta inicial e consultas de monitoramento, ou por ciclos de vida, crianças para pediatras, pessoas idosas para geriatras etc. No caso, o ponto de transição mais importante a ser considerado é a transferência de informações e responsabilidades entre a ESF e AAE.

A relação entre a ESF e a AAE deve ter alta qualidade, o que significa atingir os seguintes objetivos⁽³¹⁾: ser segura: planejada para evitar danos às pessoas; efetiva: baseada em diretrizes clínicas baseadas em evidências; pronta: as pessoas recebem a AAE em tempo oportuno; centrada nas pessoas: as pessoas recebem a atenção adequada às suas necessidades; eficiente: limitada a referências necessárias segundo os riscos e evitando a duplicação de serviços; equitativa: independente das características sanitárias, econômicas ou sociais das pessoas; e coordenada: os generalistas da ESF e os especialistas da AAE se conhecem, conhecem as necessidades das pessoas e atuam conjuntamente, por meio de um plano de cuidado compartilhado, sob a coordenação da ESF. Para que a relação entre a ESF e a AAE seja de alta qualidade ela deve garantir fluxos e transição balizados por esses objetivos. Um dos modelos desenvolvidos para atingir estes objetivos é o modelo da coordenação do cuidado, proposto pelo *Mac Coll Institute for Healthcare Innovation*, o mesmo grupo que desenvolveu o CCM⁽⁹⁵⁹⁾.

O modelo da coordenação do cuidado é proposto na perspectiva da ESF. Ele considera os pontos de atenção especializada e suas relações com a ESF e sumariza os elementos que contribuem para o atingimento de fluxos de referência e transição de alta qualidade. São quatro os elementos do modelo: assegurar a responsabilização (*accountability*); prover apoio à pessoa usuária; desenvolver relações e acordos entre a ESF e a AAE; e desenvolver conectividade pela via de sistemas de informação clínica, preferivelmente eletrônicos, que propiciem informações oportunas e efetivas entre a ESF e a AAE. Esses elementos, quando aplicados, permitem que os prestadores recebam as informações de que necessitam em tempo oportuno, que os profissionais saibam a situação de referência e transição das pessoas sob sua responsabilidade e que as pessoas usuárias sintam que recebem uma atenção coordenada.

O Modelo da Coordenação do Cuidado está representado na Figura 20.

Figura 20: O Modelo da Coordenação do Cuidado



Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

A descrição do modelo da coordenação do cuidado que se faz é uma adaptação da proposta original a situações estabelecidas pela proposta de RASs e à realidade do SUS.

A responsabilização pela coordenação do cuidado, nesse modelo e na perspectiva das RASs, é uma função da ESF. É a equipe da ESF que deve, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas, considerando a estratificação de riscos das condições crônicas, definir que pessoas se beneficiam da AAE e referi-las. Para tal, é necessário que a ESF desenvolva infraestrutura, relações e processos que tornem possíveis referências e transições de qualidade. Isso implica que os profissionais de saúde envolvidos no processo se conheçam e conheçam as expectativas de cada qual e que a unidade da ESF tenha pessoal preparado e infraestrutura de informação adequada.

A existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, que interliguem a ESF e a AAE é fundamental. A existência de um instrumento de referência padronizado, com dados da pessoa e de sua história clínica é imprescindível. A responsabilização pela transição é da unidade de AAE que deve apoiar as pessoas enquanto são ali atendidas e tem de se comunicar com a ESF sobre o que está sendo feito. Um relatório

padronizado de contrarreferência é importante para garantir a boa comunicação. A ESF deve ser preparada para dar conta de exercitar a coordenação do cuidado. Isso envolve a introdução ou mudança de muitos processos como a estratificação de riscos das condições crônicas, a identificação dos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência, a montagem do sistema eletrônico ou em papel e outros. Para isso, a equipe da ESF deve ser capacitada por processos de educação permanente. O sistema deve ser programado por meio de indicadores de qualidade do cuidado coordenado, por exemplo, garantir que 100% das pessoas enviadas de volta pelos especialistas tenham relatório de contrarreferência feito segundo o sistema padronizado. Há padrões de qualidade para a coordenação do cuidado, por exemplo, os definidos pelo *NCQAs Patient-Centered Medical Home* ⁽⁹⁶⁷⁾.

O apoio às pessoas usuárias existe em função dos desafios que a referência e a transição determinam nas pessoas e nas famílias. Há questões que necessitam ser respondidas, há agendamentos que precisam ser feitos e há ansiedades e problemas logísticos que carecem ser manejados. Por isso, sugere-se que haja, nas unidades da ESF, profissionais da equipe que se encarreguem do apoio às pessoas que necessitam de AAE. Essa não é uma função clínica e pode ser exercida por um coordenador do cuidado que tem as seguintes funções: identificar e ajudar a resolver barreiras logísticas à atenção especializada; ajudar a fazer agendamentos oportunos; assegurar a transferência das informações das pessoas para os especialistas; e monitorar a atenção e apoiar as pessoas que apresentam dificuldades. Ainda que algumas equipes da ESF tenham dividido entre os profissionais as tarefas da coordenação do cuidado, outras optam por ter um profissional específico encarregado de dar conta dos aspectos logísticos e de suporte associados com a referência, a contrarreferência e a transição do cuidado.

As relações e os acordos devem estar bem estabelecidos entre a ESF e a AAE. As referências e as transições funcionam melhor se os generalistas, os especialistas e as pessoas usuárias concordam com os propósitos da referência e se os papéis de cada profissional estão bem estabelecidos. Bons acordos derivam de certas relações entre os generalistas e os especialistas que envolvem: assumir que todos os profissionais têm interesse em prover atenção de qualidade às pessoas, estabelecer objetivos comuns e trabalhar cooperativamente neles, evitar confrontação e focar no sistema e não nas pessoas. As expectativas dos generalistas e dos especialistas devem ser orientadas pela definição de que pessoas devem ser referidas, pelas informações que devem ser providas aos especialistas antes do atendimento (histórico clínico e exames complementares), pelas informações que os generalistas desejam na contrarreferência e pelos papéis dos generalistas e dos especialistas depois do atendimento especializado.

As informações essenciais de um sistema de referência são: nome da pessoa, data de nascimento, informação de contato, nome do especialista e informação de contato, razão da referência, breve descrição do problema, resultados de exames mais recentes, tratamentos recomendados, sua duração e situação, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidado desenvolvido com a pessoa, monitoramento proposto pelo especialista e data ⁽⁹⁶⁸⁾. Um formulário de referência é proposto por Reichman ⁽⁹⁶⁹⁾.

Ao longo do tempo, conforme os cuidados vão se coordenando, as relações entre os generalistas e os especialistas deixam de ser de desconfiança e de distância para transformarem-se em parcerias próximas ⁽⁹⁷⁰⁾. Essa aproximação vai se dando gradativamente e se aprofundando em diálogos que envolvem: a definição conjunta de critérios de referência; a padronização das informações no momento da referência; a padronização das informações de contrarreferência; os acordos sobre os exames complementares de forma a reduzir duplicações; e a discussão aberta sobre pontos de conflito (por exemplo, os especialistas assumem as pessoas usuárias quando os generalistas solicitaram uma interconsulta ou os especialistas referem as pessoas usuárias a outros especialista sem consultarem os generalistas). Numa fase avançada da coordenação do cuidado, os generalistas e os especialistas se conhecem pessoalmente, fazem atendimentos conjuntos, compartilham planos de cuidado e discutem casos clínicos relativos a pessoas que foram referidas à AAE. Os especialistas podem se envolver em atividades educacionais de generalistas e na teleassistência, com ações de atendimento à distância e de segunda opinião.

Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado do cuidado compartilhado, há que se compartilhar os planos de cuidados e discuti-los em algumas circunstâncias. A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da ESF e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos ⁽⁹⁷¹⁾.

Tudo isso pressupõe que as referências e as contrarreferências não sejam burocráticas e impessoais, mas que sejam feitas entre pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões. O sistema de regulação feito no SUS, por centrais de regulação, além de retirar da ESF a coordenação da atenção à saúde dos eventos eletivos, vai na contramão do modelo da coordenação do cuidado. Para superar esse problema, muitas vezes há que haver uma territorialização da AAE, de tal forma que haja uma vinculação dos generalistas, num determinado território (distrito sanitário em grandes municípios e microrregiões de saúde em municípios médios e pequenos), a especialistas. O sistema tradicional, hegemônico no SUS, de referir a um especialista que tenha vaga, definida pela central de regulação, num determinado dia, que provavelmente não será o mesmo que a pessoa irá consultar

num segundo momento, e que não conhece os generalistas, conforme mostram as evidências, é caro e não agrega valor para as pessoas.

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas e significa que os profissionais de saúde envolvidos dispõem da informação de que necessitam e de um sistema de comunicação fluido para prestar os cuidados adequados. De um lado, os generalistas devem estar seguros de que os especialistas sabem as razões das referências e tenham a informações necessárias para que possam desempenhar suas funções (referência); de outro, os especialistas devem prover as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas (contrarreferência). Isso num ambiente em que os profissionais mantenham as pessoas usuárias informadas e confiantes de que eles estão comunicando entre si, em benefício dessas pessoas. Uma boa conectividade implica: o sistema assegura que as informações requeridas são transmitidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que essa informação crítica flui de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência. Não obstante, profissionais de saúde entrevistados mostraram que os sistemas de informações clínicos não são capazes de dar suporte à coordenação do cuidado ⁽⁹⁷³⁾. Na inexistência de sistemas eletrônicos, pode-se operar com papel e usar telefone ou fax para a comunicação. Mestzer e Zywlak relataram alguns estudos de caso sobre sistemas de referência e contrarreferência eletrônicos ⁽⁹⁷⁴⁾.

A correta aplicação do modelo da coordenação do cuidado traz resultados positivos para as pessoas usuárias ⁽⁹⁵⁹⁾. É o que se mostra no Boxe 23.

Boxe 23: O caso da Sra. H.

A Sra. H., irmã da Sra. G., é uma mulher de 59 anos de idade, avó, com 12 anos de história de diabetes tipo 2, complicada por hipertensão arterial e episódios recorrentes de depressão maior. Ela tem um índice de massa corporal de 36 e tem lutado para controlar seu peso desde o início de sua idade adulta. Numa consulta recente com seu médico de família verificou-se que ela estava com hemoglobina glicada de 8,9%, com pressão arterial de 148/88 e com sintomas que sugeriam depressão. O Dr. M., médico de família, postergou o ajuste das medicações hipoglicemiante e antihipertensiva até que a depressão estivesse controlada e a encaminhou ao ambulatório especializado em saúde mental. O Dr. M. entrou em contato com o Dr. P., psiquiatra de referência para aquela unidade da ESF, que ele conhecia de longa data e que, regularmente, se encontravam para discutir casos clínicos de interesse comum. O Dr. M., usando o prontuário eletrônico que estava em rede com a unidade de saúde mental, preencheu o campo concernente à referência para especialista e agendou a consulta com o Dr. P., orientando Sra. H. que buscasse o comprovante do agendamento com a coordenadora de cuidado da unidade, um técnico em enfermagem. A Sra. H. teve problemas com seus netos e não pode estar presente à consulta agendada. O técnico em enfermagem verificou no sistema eletrônico que a Sra. H. não comparecera e fez um novo agendamento com o psiquiatra e lhe comunicou a nova data e horário. Quando a Sra. H. encontrou o psiquiatra ele já tinha, à sua frente, o formulário de referência enviado pelo Dr. M. O Dr. P. fez a consulta e ajustou a medicação antidepressiva, mas verificou, também, que a Sra. H. estava com pressão elevada, dor de cabeça e fadiga. Por isso, providenciou para que ela fosse agendada, naquele mesmo dia, à tarde, com o Dr. M na unidade da ESF. O Dr. M a atendeu prontamente e ajustou a medicação antihipertensiva e pediu que ela retornasse dias depois. Quando retornou, estava melhorando da depressão e sua pressão estava se normalizando.

Fonte: Adaptado de: The Commonwealth Fund ⁽⁹⁵⁹⁾

Esse caso reflete alguns dos resultados positivos que se tem encontrado sobre o modelo da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE.

Parafraseando J. Fry, pode-se afirmar que a coordenação do cuidado nas relações entre a ESF e a AAE é importante para proteger as pessoas usuárias dos especialistas inadequados e os especialistas das pessoas usuárias inadequadas ⁽⁹³³⁾.

Há evidências de que a coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas melhora a atenção à saúde pela redução do uso de recursos ^(336, 342, 793, 975, 976, 977); pela obtenção de melhores resultados sanitários ^(336, 342, 976, 971, 978, 979, 980, 981, 982, 983); pela maior satisfação das pessoas usuárias ^(971, 984); e pela melhoria da comunicação ^(985, 986, 987).

O modelo da coordenação do cuidado pode ser aplicado ao SUS, como base de uma nova forma de relação entre a ESF e a AAE. Dessa forma, rompe-se com a forma hegemônica, a atenção em silos, fruto da fragmentação do sistema e que não gera valor para as pessoas usuárias de nosso sistema público de saúde. Algumas experiências radicalizam o modelo da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas colocando-os trabalhando juntos, num mesmo espaço físico, como é o caso da Kaiser Permanente ⁽²⁸⁶⁾.

Como se viu, a introdução da coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE exigirá mudanças muito profundas na relação atualmente predominante e, isso, repercutirá fortemente na organização da ESF.

Muitas mudanças, algumas na estrutura, mas, a maior parte, nos processos, deverão ser feitas na ESF para a construção social do modelo da coordenação do cuidado. Dentre elas destacam-se: o fortalecimento da ESF como coordenadora da relação com os especialistas; a possibilidade de agendamento direto, pela equipe da ESF, dos atendimentos especializados; o fortalecimento do trabalho multiprofissional na ESF; a existência de linhas-guia que definam os parâmetros de referência aos especialistas; a introdução do manejo clínico das condições crônicas por estratos de riscos, segundo o MPR; a instituição na ESF de coordenadores de cuidado; a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos, formatados para dar conta da referência e da contrarreferência; o centramento da coordenação do cuidado em planos de cuidados elaborados, cooperativamente, por generalistas e especialistas; um sistema padronizado de informações para os especialistas; a vinculação dos membros da equipe da ESF a especialistas, preferivelmente com territorialização; a existência de relações pessoais entre os generalistas e os especialistas; e a cultura de trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da ESF e os especialistas, envolvendo atividades educacionais, de supervisão, de pesquisa, de teleassistência e de segunda opinião.

Um bom exemplo de coordenação do cuidado entre a ESF e a AAE, no SUS, com territorialização da atenção especializada, é o do programa de atenção às pessoas idosas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O programa tem foco na capacidade funcional das pessoas idosas e tem seu centro em planos de cuidado, revisados a cada dois anos, pelo Centro Mais Vida, operado pelo Hospital das Clínicas da UFMG, uma unidade de AAE, com execução desses planos pelas equipes da ESF do município. O Centro tem dois especialistas em geriatria, um médico e um enfermeiro, em cada um dos nove distritos sanitários, que dão apoio às equipes da ESF desses distritos para a implementação dos planos de cuidados revisados ⁽⁹⁷²⁾.

OS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: CONSTRUINDO O MODELO DO PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMBULATORIAL EM RAS

A nova forma de relação entre a ESF e a AAE exige mudanças profundas na forma como se dá a organização das unidades de cuidados ambulatoriais especializados.

O modelo da atenção em silos, característico dos sistemas fragmentados, tem uma expressão na forma como se organiza, em geral, a AAE no SUS, o modelo do centro de especialidades médicas (CEM). Modelo do centro de especialidades médicas diz respeito, aqui, a uma forma singular de organizar a AAE. Portanto, pode-se ter uma unidade que se denomine de centro de especialidade médica que opere, ou não, segundo esse modelo.

É preciso atuar mudando radicalmente esse modelo pela introdução de outro que se denomina de modelo do ponto de atenção secundária ambulatorial (PASA) em RAS. Não se trata de uma mudança meramente semântica, mas de uma transformação de fundo na organização ambulatorial especializada.

O modelo hegemônico do CEM pode aparecer, na prática social, de diferentes formas: uma unidade com várias especialidades médicas que tem o nome de centro de especialidades médicas ou de policlínica, um médico especialista trabalhando sozinho num consultório com o apoio de uma recepcionista ou um médico que se desloca de uma cidade a outra para prestar cuidados de sua especialidade.

O que determina, fundamentalmente, esses dois modelos é se a ESF e a AAE são parte de um sistema fragmentado e atuam como silos independentes, ou se estão inseridas em RASs e se comunicam organicamente, coordenadas pela ESF. Por consequência, as unidades de AAE nesses dois modelos se estruturam e cumprem funções completamente distintas.

A concepção estratégica da atenção especializada, como PASA em RAS, é muito inovadora e, por isso, confronta com as ideias de senso comum que sustentam o modelo hegemônico do CEM. Em função da profundidade dessas mudanças é preciso estar atento a uma estratégia de implantação que permita contrapor-se à tendência inercial de apropriar-se conservadoramente dos PASAs, reduzindo-os à forma tradicional de prestação de serviços ambulatoriais segundo o modelo hegemônico do CEM. Essa tendência, além de sua dimensão técnica, manifesta-se, também, nas dimensões político-ideológica e econômica.

Politicamente, significa, do ponto de vista dos profissionais de saúde, uma redistribuição de poder entre os generalistas e os especialistas, o que modifica a lógica flexneriana vigente desde o início do século XX quando se deu a hegemonização do paradigma da medicina científica e que tem no especialismo um de seus elementos fundamentais ⁽⁵⁵⁾; do ponto de vista dos gestores e dos prestadores de serviços do SUS, coloca a gestão dos fluxos e contrafluxos na equipe da ESF, criando constrangimentos técnicos, com base em diretrizes clínicas, à livre ação das Secretarias de Saúde, dos prestadores de serviços e dos especialistas no ordenamento desses fluxos. Economicamente, incide fortemente sobre os prestadores de serviços, especialmente os especialistas, os mais bem posicionados na arena política dos sistemas de atenção à saúde, em duas vertentes: quando modelam os PASAs a partir das evidências recolhidas nas linhas-guia e detalhadas nos protocolos clínicos, reduzindo a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde, um forte foco de ineficiência dos sistemas e de indução da demanda pela oferta ⁽²¹⁾; e quando muda o foco da gestão da saúde, retirando-o da gestão da oferta, muito sujeito à ação de *lobbies* de interesses mais bem estruturados, para colocá-lo nas necessidades das populações beneficiárias do sistema de atenção à saúde por meio da gestão de base populacional.

Há que ficar claro que a proposta de RASs, por sua radicalidade, não é neutra; nela, os interesses da população, expressos por suas necessidades de saúde, sobrepõem-se aos interesses políticos, econômicos e tecnológicos dos atores sociais que estão presentes, em situação vantajosa, na arena política sanitária. Por isso há que se concordar com a afirmativa de a revolução nos sistemas de atenção à saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde ⁽¹⁾.

A proposta de implantação da AAE, na perspectiva do PASA, pode sofrer uma confrontação direta, quando constrange a liberdade de ordenamento do acesso dos gestores da saúde ou impõe limitações técnicas à ação de especialistas, ou indireta e mais sutil, quando se apossando da ideia inovadora desse novo modelo, faz uma releitura da proposta transformando-a numa prática social conservadora que não agregará valor para as pessoas usuárias. Algo da ordem lampeduziana: quanto mais muda, mais é a mesma coisa.

Uma análise histórica da saúde pública brasileira mostra que o modelo CEM consolidou-se na experiência do INAMPS de trazer para o seguro social brasileiro os supostos da medicina liberal, gerados nos Estados Unidos. Sua forma mais acabada são os Postos de Atenção Médica (PAMs), grandes catedrais flexnerianas, de baixa efetividade e de grande ineficiência, que, até hoje, teimam em permanecer nas zonas centrais dos grandes centros urbanos brasileiros. Esses esqueletos estão aí como

que estimulando a multiplicação dos PAMs, com outras denominações, mas com a mesma filosofia. Os CEMs têm sua origem nos PAMs inampianos.

Há diferenças qualitativas significativas entre os modelos do CEM e do PASA. As principais diferenças entre esses dois modelos estão contidas no Quadro 12.

Quadro 12: As características dos modelos de atenção ambulatorial especializada

MODELO CEM	MODELO PASA
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela ESF
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na ESF com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contrarreferência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a ESF
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado, conjuntamente, por generalistas e especialistas
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

Uma característica diferencial importante dos dois modelos está na forma de gestão. O CEM funciona com o sistema convencional da gestão da oferta, fortemente ancorado na PPI que, em geral, opera o planejamento da oferta, a partir de parâmetros populacionais gerais ou de séries históricas. Isso leva à determinação de tetos financeiros que definem uma quantidade de procedimentos a serem ofertados pelos diferentes gestores da saúde. Esse sistema de gestão da oferta é muito sensível aos interesses dos gestores e dos prestadores de serviços mais bem posicionados na arena política do sistema de atenção à saúde. No modelo PASA, a gestão é uma gestão de base populacional que se faz a partir das necessidades de saúde da população efetivamente cadastrada na ESF, por meio de parâmetros epidemiológicos que fazem parte, como anexos, das diretrizes clínicas baseadas em evidência.

O que marca, fortemente, as diferenças entre os dois modelos de organização da AAE são as relações entre a ESF e AAE. O CEM é referido pelo modelo da relação em silos; já o PASA é referido pela relação da coordenação do cuidado.

O CEM é parte de um sistema fragmentado de atenção à saúde em que, em geral, pratica uma atenção especializada em silos, em que não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção, nem coordenação do cuidado pela ESF. Funciona como uma caixa preta. Chega-se, ali, diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da ESF, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária. Em geral, não se estabelecem vínculos porque o agendamento, dependendo do dia, pode ser feito para diferentes profissionais de uma mesma especialidade. Esse sistema é prenhe de retrabalhos e de redundâncias, o que o torna, além de inefetivo, muito ineficiente. Histórias pessoais e familiares são retomadas a cada consulta, exames são resolicitados a cada atendimento. Tudo isso ocorre porque o sistema é desintegrado, em função da ausência de sistemas logísticos potentes, manejados a partir da ESF. O PASA é totalmente diferente porque está integrado numa RAS, sob coordenação da ESF. A programação do PASA é feita na ESF e, então, discutida, em oficina conjunta, com a equipe da AAE. Dessa forma, cada equipe da ESF sabe, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, ao PASA.

O CEM é uma organização que permite a demanda aberta. Esses centros são inaugurados e, imediatamente, as pessoas usuárias começam a demandá-los, algumas vezes diretamente, são acolhidas e agendadas e reagendadas, bloqueando, em pouco tempo, as suas agendas. Ao contrário, o PASA é um sistema fechado, sem possibilidades de acesso direto das pessoas usuárias, a não ser em casos de urgência e emergência ou de intervenções, de pequena proporção, definidas nas diretrizes clínicas em que esse centro constitui o ponto de atenção do primeiro contato.

O CEM tem a liberdade de se autogovernar, o que explica o grande número de atendimentos de retorno com que eles operam. Isso decorre, em parte, do seu caráter de sistema aberto, e, em parte, em função da fragmentação do sistema de atenção à saúde e da fragilidade da ESF em exercitar a coordenação do cuidado. O autogoverno, exercitado num CEM, não tem a capacidade de garantir a continuidade da atenção e acaba por restringir as intervenções na perspectiva do cuidado especializado, sem uma visão integrada das intervenções de níveis primários e terciários. No PASA, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas é da ESF que é responsável pela coordenação do cuidado. Nenhuma pessoa usuária deve chegar a esse centro, à exceção dos casos de retorno, se não for referida pela ESF.

O CEM elabora sua própria programação, especialmente com base em parâmetros da PPI. Diferentemente, a programação do PASA é feita, em oficinas de programação, com participação conjunta de pessoal da ESF e da AAE. A base dessa oficina são os parâmetros epidemiológicos utilizados na ESF, por estratos de risco, que permitem saber, antecipadamente, quem e quantas pessoas devem ser referidas, por tipos de intervenções, e que recursos humanos, materiais e financeiros são necessários para operar o PASA.

Essas formas singulares de governança dos dois modelos implicam que o CEM seja acessado por uma central de regulação, acionada pelos gestores; diversamente, no PASA, o acesso regulado é realizado diretamente pelas equipes da ESF, utilizando a infovia dos sistemas de informações clínicas ou do complexo regulador.

No CEM, conforme o próprio significante sugere, o processo de atenção está centrado no cuidado profissional do médico especialista. Em geral, esse centro não conta com um trabalho de uma equipe multiprofissional, o que empobrece a atenção prestada e pressiona a agenda do médico especialista. Além disso, a forma de atendimento é centrada na consulta médica individual face-a-face. No PASA há uma equipe multiprofissional que se envolve na clínica, de forma planejada e sem implicar redundâncias e retrabalhos entre os diferentes membros, cada qual agregando valor às pessoas usuárias pelas vantagens comparativas que adicionam na atenção à saúde. Ademais, os atendimentos vão além das consultas individuais face-a-face, incorporando novas formas de atenção, como a atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares, teleassistência etc.

No CEM, em geral, não há uma vinculação, territorial ou não, de generalistas a especialistas. Por consequência, as relações entre esses profissionais são burocráticas e impessoais, não havendo atividades conjuntas entre eles. Não havendo vinculação de generalistas a especialistas, não há vinculação das pessoas usuárias a especialistas, o que leva a uma situação em que uma mesma pessoa, para um mesmo problema,

possa ser atendida por vários profissionais da mesma especialidade, com condutas distintas, em tempos diferentes. Os sistemas de referência e contrarreferência são pouco estruturados, gerando fluxos de informações inadequados, em ambos os sentidos, e problemas na transição. No PASA há uma vinculação de generalistas a especialistas, preferivelmente com territorialização da AAE. Isso permite estabelecer relações pessoais entre esses profissionais que se conhecem e trabalham juntos, em várias circunstâncias. Em decorrência disso, é possível ter uma vinculação de uma pessoa usuária a um especialista, o que é muito importante. Os sistemas de referência e contrarreferência estão bem desenvolvidos, com fluxos de informações padronizados, em dupla via. Há a preocupação em garantir apoio às pessoas usuárias na transição.

No CEM as decisões clínicas não são tomadas, em geral, a partir de diretrizes clínicas com base em evidências científicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes serviços da RAS, por estratos de risco. Isso leva a uma enorme variabilidade de procedimentos, mesmo entre diferentes especialistas que atuam num mesmo centro, o que gera ações inefetivas e ineficientes. Como não há o manejo clínico por estratos de risco, muitas vezes os especialistas atendem pessoas que não se beneficiam da atenção especializada, o que pressiona a agenda desses especialistas. No PASA, todo trabalho clínico dessas unidades está definido em diretrizes clínicas baseadas em evidências, com estratificação de riscos. Dessa forma, só chegam aos especialistas aquelas pessoas usuárias de maiores riscos, segundo o MPR. Não se trabalha com gestantes, mas com gestantes de risco habitual e gestantes de alto risco; não se trabalha com hipertensão, mas com hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco. Isso é fundamental porque ajuda a organizar o sistema de atenção à saúde e a melhorar a qualidade da atenção. Um PASA de uma rede materno-infantil não vai cuidar das gestantes de risco habitual (em torno de 85% das gestantes), mas somente daquelas de alto risco. Isso permite racionalizar a agenda dos especialistas e agregar valor às pessoas referidas à AAE.

Em geral, o CEM trabalha com prontuários clínicos individuais, muitas vezes em papel, e que não estão integrados em RAS e, portanto, não permitem uma comunicação fluida desse nível com a ESF, nem um manejo eficaz das condições crônicas. A fragmentação do prontuário clínico não permite a continuidade do cuidado. Além disso, esses prontuários são individuais, o que empobrece a visão da saúde da família, uma proposta fundante do SUS. Mais, não sendo eletrônicos, esses prontuários não permitem o registro das pessoas usuárias por riscos relativos a cada condição, o que fragiliza a atenção prestada e gera redundâncias e retrabalhos. O PASA opera com prontuários eletrônicos que devem circular, concomitantemente, em todos os níveis do sistema, especialmente *online* com a ESF. Esses prontuários são familiares, o que viabiliza a incorporação, nos cuidados, dos instrumentos potentes da abordagem da saúde da família. Eles permitem registrar todos os portadores de uma determinada

condição crônica, por riscos socioeconômicos e sanitários e enviar alertas e dar *feedbacks* aos profissionais e às pessoas usuárias. Nesses prontuários há campos específicos para as informações de referência e contrarreferência e campo para o plano de cuidado que pode ser acessado por generalistas e especialistas.

O CEM não trabalha com as ferramentas modernas da gestão da clínica. A razão é simples: não havendo a normalização dos processos de trabalho em diretrizes clínicas baseadas em evidência, não é possível utilizarem-se essas tecnologias. Já o PASA estrutura, a partir de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, as tecnologias de gestão de condição de saúde e de gestão de caso.

No CEM, normalmente, não há um plano de cuidado para cada pessoa atendida. O coração de uma atenção de qualidade no atendimento especializado é esse plano, sem o qual há muitas orientações conflitantes, além de nenhuma proatividade das pessoas usuárias no seu autocuidado. No PASA toda pessoa tem seu plano de cuidado que é elaborado, colaborativamente, entre generalistas, especialistas e pessoas usuárias e suas famílias, com contratação de metas e com monitoramento periódico.

O CEM, em geral, ocupa-se estritamente de funções assistenciais. Já o PASA agrega outras funções imprescindíveis: uma função de supervisão das equipes da ESF; uma função educacional, a de participar de processos de educação permanente na AAE e na ESF; e uma função de pesquisa, especialmente no campo do desenvolvimento tecnológico da condição de saúde temática.

O sistema de pagamento do CEM é, rotineiramente, realizado por procedimentos. Esse sistema de pagamento traz incentivos perversos aos prestadores, induzindo-os a produzir mais procedimentos, especialmente os de maior densidade tecnológica, para que maximizem suas rendas. No PASA o sistema de pagamento deve ser por orçamento global ou por capitação ajustada por gênero e idade, já que essas formas de pagamento invertem o sinal do incentivo e fazem com que os prestadores apliquem mais esforços nas ações de promoção, de prevenção e de contenção do risco evolutivo em condições de saúde de menores riscos.

O Boxe 24 relata o caso do Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, que é uma experiência bem-sucedida de atenção ambulatorial especializada que contém todos os elementos do modelo PASA.

Boxe 24: O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais

Com a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, o Governo de Minas Gerais instituiu, como um dos projetos prioritários do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, a Rede Hiperdia Minas.

A concepção de redes implicou um desenho que tem, na ESF, o seu centro de coordenação. Nas microrregiões de saúde há um ponto de atenção ambulatorial especializado, denominado Centro Hiperdia Minas.

Um grupo multiprofissional, composto por sanitaristas, técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), médicos da Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade e especialistas, trabalhou na modelagem da Rede Hiperdia Minas, no que se refere especialmente à ESF e à AAE.

Na ESF, elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional da hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal crônica. Essa linha-guia estratifica essas condições crônicas por riscos, estabelece critérios de referência à AAE e define os parâmetros de programação.

Os Centros Hiperdia Minas, modelados e financiados pela SESMG, apresentam quatro objetivos principais: prestar assistência especializada às pessoas usuárias portadoras de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal crônica, dos estratos mais complexos dessas condições; supervisionar a atenção prestada a essas pessoas pela ESF; promover educação permanente aos profissionais de saúde envolvidos na atenção primária e secundária à saúde; e fomentar pesquisas clínicas e operacionais.

Esses centros tiveram o financiamento de investimentos cobertos inteiramente pela SESMG. Da mesma forma, os recursos de custeio são providos, totalmente, pela SESMG, por meio de um contrato de gestão com as organizações que operam os centros, com pagamento por orçamento global. Os prestadores podem ser Secretarias Municipais de Saúde, universidades ou organizações não governamentais. Já foram implantados dez Centros Hiperdia Minas que beneficiam 2,8 milhões de mineiros.

Um deles é o Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte (CHSAM) – a referência para a Microrregião de Saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte – que envolve treze municípios com uma cobertura de aproximadamente 400 mil habitantes. Esse centro é operado pela Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

O CHSAM conta com uma equipe multidisciplinar formada por cardiologista, endocrinologista, angiologista, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem e pessoal administrativo. Oferece exames complementares como ecocardiograma, doppler manual, holter 24 horas, mapa, *screening* de neuropatia diabética, retinografia sem contraste e teste ergométrico.

O CHSAM trabalha na perspectiva da multiprofissionalidade e introduziu, em sua rotina, novas formas de atenção à saúde como a atenção compartilhada a grupo, a atenção contínua, a atenção por pares e o autocuidado apoiado.

Boxe 24: O Centro Hiperdia de Santo Antônio do Monte em Minas Gerais

A atenção é feita com uma centralidade num plano de cuidado integral, realizado em conjunto pela equipe multiprofissional e pessoa usuária, com o estabelecimento de metas, com monitoramento e assinatura de termo de responsabilização do cuidado. O plano de cuidado é compartilhado com a equipe da ESF da pessoa usuária.

O CHSAM trabalha em estreita colaboração com as equipes da ESF dos municípios de sua área de abrangência, funcionando como espaço educacional, de supervisão e de pesquisa. Um exemplo é do município de Lagoa da Prata que interage com o CHSAM e que organizou sua ESF de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas. As pessoas portadoras de hipertensão arterial foram 100% identificadas segundo os parâmetros epidemiológicos e, delas, 91,7% foram estratificadas e manejadas segundo seus estratos de risco.

O CHSAM oferece vários programas de suporte aos seus beneficiários: Dia Jovem, SaúdArte, Ondas Saúde, Cháude, De Pé Feliz, Meta Premiada e Tecendo Saúde.

O CHSAM apresenta todas as características que diferenciam os PASAs dos CEMs tradicionais. Trabalhos comparativos entre o CHSAM e CEMs tradicionais mostraram melhores desempenhos em processos e resultados clínicos e em eficiência e custo/efetividade.

Um acompanhamento de 609 portadores de hipertensão e 136 portadores de diabetes, assistidos no CHSAM, verificou que, após três atendimentos de interconsulta no centro, os níveis pressóricos e a hemoglobina glicada apresentaram níveis adequados em, respectivamente, 87% e 71% dessas pessoas.

O manejo adequado do pé diabético permitiu economizar gastos estimados de três milhões de reais.

A satisfação dos profissionais de saúde é alta. A satisfação das pessoas usuárias é de 89,0%.

Fonte: Alves Junior ⁽⁹³¹⁾

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A ATENÇÃO NÃO PRESENCIAL

Uma oitava mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de um equilíbrio entre a atenção presencial e a atenção não presencial.

Não se trata, aqui, de analisar as ferramentas da telessaúde ou da teleassistência, utilizadas num contexto mais amplo e que deve ter grande protagonismo na ESF, mas de verificar as possibilidades de incremento de atendimentos não presenciais, feitos pelas equipes da ESF, no ambiente micro-organizacional, especialmente por meio de telefone ou de correio eletrônico.

A atenção à saúde é caracterizada, no Brasil e alhures, por uma centralidade na atenção presencial, face-a-face, com participação relativa muito frágil da atenção não presencial. Por isso, há uma tendência de utilização ótima desses dois tipos de

atendimento, o que convoca, na ESF, um aumento relativo dos atendimentos não presenciais.

Trabalhos realizados em diferentes lugares mostram que os atendimentos não presenciais podem apresentar, em certas situações, especialmente no monitoramento dos portadores de condições crônicas, resultados tão bons, e algumas vezes melhores, que os do atendimento presencial. Estudos feitos no Reino Unido, comparando o monitoramento de 278 portadores de asma, por telefone, com o monitoramento presencial, face-a-face, mostrou que o monitoramento não presencial permitiu atingir maior número de pessoas, com os mesmos resultados sanitários e com a mesma satisfação dos usuários⁽⁹⁸⁸⁾. Resultado semelhante foi obtido na Coréia no controle glicêmico de portadores de diabetes⁽⁹⁸⁹⁾. Nos Estados Unidos demonstrou-se que os contatos telefônicos de médicos e enfermeiros foram tão efetivos quanto os atendimentos presenciais na promoção do autocuidado em portadores de diabetes⁽⁹⁹⁰⁾ e mais efetivos no controle glicêmico e nos cuidados com os pés⁽⁹⁹¹⁾. A Kaiser Permanente tem utilizado crescentemente os atendimentos não presenciais, incentivando as consultas médicas por correio eletrônico. Os médicos têm 48 horas para contatar seus clientes e são pagos por essas consultas eletrônicas. Isso permitiu reduzir em 10% as consultas médicas presenciais naquela organização de saúde⁽²⁸⁶⁾. Os atendimentos não presenciais, nessa organização, são parte de uma política de cuidado eletrônico (e-cuidado) que envolve, ademais, acesso *online* aos prontuários eletrônicos, acesso *online* aos resultados de exames, prescrições *online* de medicamentos de uso contínuo, seleção *online* dos médicos pelas pessoas usuárias, agendamento eletrônico dos atendimentos e acesso *online* de material educativo⁽³⁵³⁾.

Há evidências de que o atendimento não presencial produz bons resultados no controle das condições crônicas melhorando a qualidade da atenção^(992, 993, 994); melhorando a qualidade de vida das pessoas usuárias⁽⁹⁹⁵⁾; determinando ganhos no uso dos recursos^(996, 997, 998); e impactando positivamente os resultados sanitários^(43, 109, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008).

À semelhança do que vem acontecendo em outros países, deverá se buscar no SUS, especialmente na ESF, uma composição adequada entre os atendimentos profissionais presenciais e não presenciais, com aumento relativo dos atendimentos por telefone e por correio eletrônico.

Há quem afirme que é muito difícil transpor essa realidade de países desenvolvidos para o Brasil. Mas pode-se contra-argumentar que a melhoria rápida da telecomunicação no Brasil é um fator favorável à expansão dos atendimentos não presenciais. Dados mostram que, ao final de 2010, havia, no país, 202,94 milhões de assinaturas de telefonia móvel, mais que a população total⁽¹⁰⁰⁹⁾. Em relação ao

acesso à internet a situação é menos confortável, mas dados mostram que, em 2011, havia aproximadamente 80 milhões de brasileiros usuários, mas com variações significativas em relação a regiões e renda das pessoas, o que traz implicações de iniquidade para um sistema público de saúde ⁽³⁷⁵⁾. O Plano Nacional de Banda Larga deverá ter um impacto significativo porque pretende levar internet com velocidade de 1Mbps para até 40 milhões de lares brasileiros, a preços razoáveis.

O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROFISSIONAL E A ATENÇÃO POR LEIGOS

Uma nona mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está no estabelecimento de um equilíbrio entre a atenção profissional e a atenção por leigos. Isso significa introduzir ou ampliar, na ESF, as atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições. Por essa razão, esse tipo de atenção é, também, denominado de atenção por pares.

O uso de pessoas leigas para lidar com as condições crônicas tem sido crescentemente reconhecido ⁽¹⁰¹⁰⁾. Isso emergiu a partir das propostas de autocuidado apoiado que reconheceram a importância das pessoas serem empoderadas para participarem proativamente da produção social de sua saúde.

No Reino Unido criou-se, em 1999, um programa oficial destinado a estimular o autocuidado apoiado que se denominou de pacientes expertos (*expert patients*). No ano de 2003, metade das unidades de APS da Inglaterra ofereciam esse programa ⁽⁷⁹⁴⁾. Esses programas tiveram impacto na saúde das pessoas portadoras de condições crônicas e reposicionaram as relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ⁽¹⁰¹¹⁾.

Esses programas pessoas usuárias expertas surgiram em função de observações de alguns médicos e enfermeiros de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior em relação à experiência com a condição crônica; às circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e às atitudes frente aos riscos, aos valores e às preferências individuais ⁽¹⁰¹²⁾.

Uma variante dos programas pessoas usuárias expertas – a que se considera aqui –, estrutura-se como trabalhos de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, coordenados por pares, ou seja, por pessoas usuárias com vivência naquela condição de saúde ⁽¹⁰¹³⁾.

A pessoa usuária experta é selecionada entre um grupo de portadores da mesma condição crônica e vai atuar com facilitadora em sessões de grupo com os demais portadores da mesma condição. Na sua seleção, feita pela equipe de saúde, através de entrevista e observação, adotam-se critérios como empatia, interesse em ajudar, motivação, habilidade de comunicação, interesse no trabalho voluntário e boa capacidade de autocuidado. O critério fundamental é que esses facilitadores tenham experimentado os problemas da condição de saúde e, portanto, estejam legitimados para interagir com outras pessoas que estão passando pelos mesmos problemas.

A pessoa usuária experta passa por uma formação para capacitá-la como facilitadora de grupos, realizada pela equipe da ESF. Os grupos são formados por portadores de uma mesma condição de saúde, em número de dez a quinze pessoas. Algum membro da equipe da ESF pode estar presente no grupo, mas somente como observador.

Bodenheimer e Grumbach afirmam que quando um grupo interage com o problema, apresentado por um deles portador de uma condição similar, pode se beneficiar tanto ou mais quanto a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde⁽¹⁵⁵⁾. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde.

Há evidências de que esses programas pessoas usuárias expertas produzem resultados positivos para a saúde de portadores de condições crônicas nas seguintes situações: na melhoria do acesso à atenção^(43, 1014); nos resultados sanitários^(1015, 1016, 1017); na adesão ao autocuidado^(1018, 1019, 1020); e no uso de recursos de saúde^(43, 1016, 1017). Por isso, eles têm sido introduzidos nas políticas oficiais de sistemas públicos de atenção à saúde como o do Ministério da Saúde do Reino Unido⁽⁷⁹⁴⁾ e no sistema público de atenção à saúde da Catalunha, Espanha⁽¹⁰²¹⁾.

A introdução de programas pessoas usuárias expertas, por meio de reuniões de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, facilitados por pares, deveria ser incentivada na ESF.

O Boxe 25 relata a experiência do Programa Paciente Experto, na Catalunha, Espanha.

Boxe 25: O Programa Paciente Experto do Instituto Catalão de Saúde, na Espanha

O Programa Paciente Experto tem os seguintes objetivos: conseguir a adesão das pessoas usuárias; conhecer o grau de satisfação dessas pessoas; melhorar a qualidade de vida percebida por essas pessoas; melhorar o conhecimento das pessoas usuárias sobre a condição crônica; melhorar o grau de autocuidado para poder adquirir um manejo correto da condição crônica; melhorar a adesão às terapêuticas; diminuir o número de consultas médicas e de enfermagem; e diminuir as internações hospitalares e os atendimentos de urgência e emergência.

O programa consta de nove sessões de uma hora e meia que se distribuem num período de dois meses e meio. O número de participantes está limitado a dez, com a finalidade de garantir uma comunicação fluida e efetiva entre os participantes. Uma pessoa usuária é escolhida em função de sua experiência e da sua vivência em relação à condição crônica e atua como facilitadora do grupo. Para tal, passa por uma formação em dinâmica de grupos, feita pela equipe de saúde. Algum membro da equipe de saúde pode participar das sessões, mas exclusivamente como observador, sem interferir na dinâmica do grupo.

A avaliação do processo faz-se em duas fases. A primeira, após cada sessão; e a segunda, seis a doze meses após o final dos trabalhos. Ambas as avaliações buscam verificar aspectos qualitativos e quantitativos, valorizando-se, de um lado, os conhecimentos adquiridos, as mudanças de comportamentos e de estilos de vida, o grau de autocuidado e a satisfação dos participantes e, de outro, a utilização dos serviços de APS, dos serviços de urgência e emergência e das internações hospitalares.

A avaliação feita em dez grupos de pessoas usuárias da APS, em Barcelona, portadoras de insuficiência cardíaca, num total de 78 participantes, mostrou que, ao final do programa, 20,1% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 9,2% adquiriram novos conhecimentos; seis meses depois, 25% melhoraram seus comportamentos e estilos de vida e 13,2% melhoraram seus conhecimentos sobre a doença. Além disso, os resultados qualitativos demonstraram um alto grau de satisfação dos participantes com o programa.

Fonte: Mestre, Padres, Perelló, Perez, Martin ⁽¹⁰²⁰⁾

Além da atenção por pessoas usuárias expertas, têm aparecido modelos inovadores de redes sociais que facilitam a atenção à saúde. São grupos de pessoas portadoras de uma determinada condição que se congregam para conhecer e trocar informações com "pessoas como eu". Isso lhes torna possível comparar a evolução de suas condições de saúde, o progresso no tratamento e comunicar e aprender uns com os outros. O caso mais conhecido é dos Alcoólicos Anônimos, mas há outras experiências. A *Revolution Health* está construindo uma rede de pessoas com condições crônicas, assentada num amplo banco de dados ⁽²⁷⁾; a *Restless Legs Syndrome Foundation* ajuda os portadores da síndrome das pernas inquietas a conhecer os últimos tratamentos e munir-se de informações para melhor orientar os profissionais de saúde ⁽¹⁰²²⁾; o *website dLife* disponibiliza informações e um fórum nos quais os portadores de diabetes se ensinam com lidar melhor com o diabetes; e na Espanha, o *Forumclínic* difunde informação sanitária aos profissionais de saúde e pessoas portadoras de condições crônicas e comunica, entre si, essas pessoas, criando comunidades virtuais.

UMA NOVA GESTÃO NA ESF: A GESTÃO DA CLÍNICA

A aplicação do MACC na ESF convoca mudanças profundas na gestão dos cuidados primários à saúde.

A gestão da saúde, bem como a gestão das organizações em geral, está voltada para modelos de gestão estratégica com forte base na gestão dos recursos humanos materiais e financeiros. Quando se examinam os currículos dos cursos de gestão em saúde, isso transparece de forma evidente.

Sem abandonar os princípios da gestão estratégica e da gestão de meios, há que se avançar no sentido de uma valorização relativa da gestão dos fins, a gestão da clínica.

AS ORIGENS E O CONCEITO DE GESTÃO DA CLÍNICA

A expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional, mas, no Brasil, foi adotada por Mendes⁽¹⁰²³⁾ para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS.

A gestão da clínica tem suas origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (*managed care*); outro, mais recente, a governança clínica (*clinical governance*) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido⁽²¹⁾.

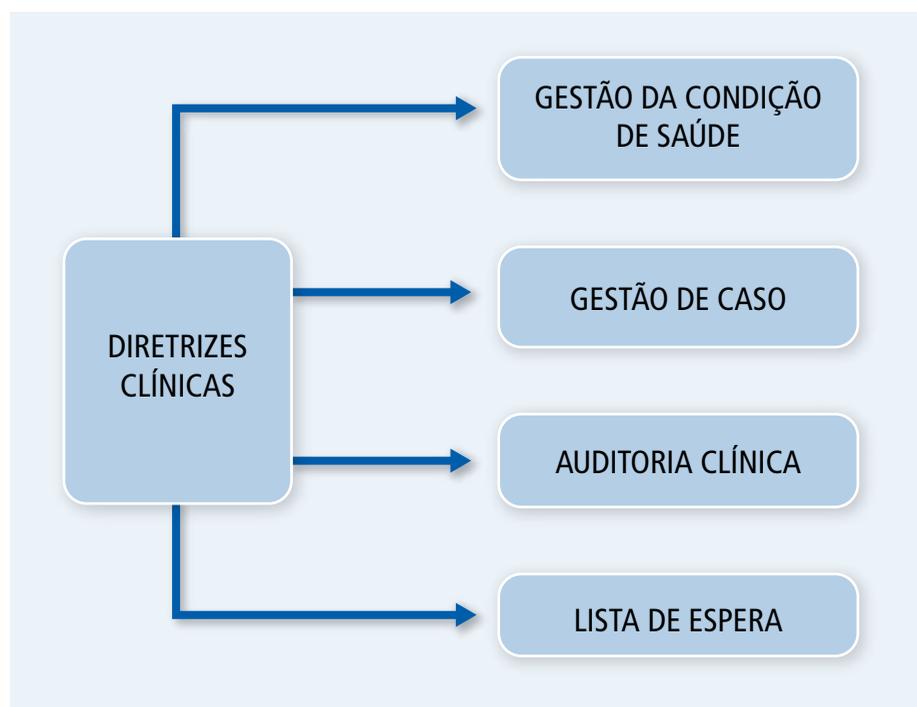
A proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes⁽¹⁰²⁴⁾. Além disso, buscou incorporar, na sua proposta de auditoria clínica, as tecnologias de revisão da utilização, também muito eficazes no controle da variabilidade dos procedimentos médicos⁽¹⁰²⁵⁾. A gestão da clínica incorpora, da governança clínica, especialmente, a centralidade que dá à educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna,

prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada ⁽²¹⁾.

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera, conforme se vê na Figura 21.

Figura 21: As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

OS TIPOS DE TECNOLOGIAS DA GESTÃO DA CLÍNICA

A análise da Figura 21 permite verificar que há cinco tipos de tecnologias de gestão da clínica: as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e a lista de espera.

As tecnologias da gestão da clínica encontram, na ESF, um campo privilegiado de aplicação. A exceção fica para a lista de espera que não se aplica à ESF, sendo

utilizada para o equilíbrio entre oferta e demanda na atenção especializada. As diretrizes clínicas constituem a base de uma ESF efetiva e de qualidade. A partir dela, estruturam-se as duas tecnologias fundamentais para o MACC, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso, em conformidade com o MPR. Conforme se vê na Figura 12, os níveis de 3 e 4 são de cuidados de condições crônicas simples e/ou fatores de risco biopsicológicos ou de condições crônicas complexas por meio da utilização da tecnologia de gestão da condição de saúde, e o nível 5, relativo à condição crônica muito complexa, é de cuidado provido pela tecnologia de gestão de caso.

Por essa razão, as tecnologias que serão aqui desenvolvidas serão as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso. Não obstante, há que se reconhecer que a tecnologia de auditoria clínica deve ser utilizada na ESF, especialmente vinculada a programas de melhoria da qualidade.

AS DIRETRIZES CLÍNICAS

O CONCEITO

As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas ⁽¹⁰²⁶⁾.

Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade ⁽¹⁰²⁷⁾.

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas –, as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade.

Os objetivos das diretrizes clínicas são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes

e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento ^(21, 1029, 1030).

As diretrizes clínicas têm algumas características: apresentam um claro enfoque para as pessoas usuárias; são desenvolvidas por grupos multiprofissionais; estão orientadas para objetivos e resultados; devem ser validadas interna e externamente; incorporam evidências científicas; são monitoradas; e têm um tempo determinado para sofrerem revisão ⁽¹⁰³⁰⁾.

Todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. Assim, as diretrizes clínicas devem ser construídas com base na medicina baseada em evidência (MBE), entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde ⁽¹⁰³¹⁾.

A MBE justifica-se por algumas razões principais: primeiro, porque as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica; segundo, porque ainda que essas evidências sejam necessárias para a prática cotidiana da medicina há dificuldades em obtê-las; terceiro, porque o conhecimento médico evolui muito rapidamente e a performance clínica deteriora-se com o tempo; quarto, porque a entropia clínica não é superável pelos programas convencionais de educação continuada; e, por fim, porque a MBE permite aos clínicos manterem-se atualizados ⁽¹⁰³¹⁾.

A MBE busca sumarizar os resultados de pesquisas através, especialmente, da revisão sistemática e da meta-análise. A revisão sistemática difere da revisão bibliográfica pelos critérios rigorosos de seleção dos trabalhos a serem examinados e pelo uso de critérios uniformes para avaliá-los sendo, portanto, menos subjetiva. Constitui um método de síntese da literatura que permite extrapolar resultados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada qual e identificar possíveis inconsistências. Uma revisão sistemática faz-se de acordo com algumas etapas: especificação do problema; especificação dos critérios para a inclusão dos estudos; classificação das características dos estudos; combinação dos achados dos estudos conforme unidades comuns; relacionamento dos achados às características dos estudos; e apresentação dos resultados ⁽¹⁰³²⁾. A meta-análise é um processo de usar métodos estatísticos para combinar os resultados de diferentes estudos; é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que articula os resultados de dois ou mais estudos primários ⁽¹⁰³³⁾.

A MBE provê evidências que podem ser classificadas em categorias de evidências e em forças de recomendação. Há várias metodologias para isso ^(1034, 1035). Alguns centros de MBE se instalaram e proveem, com regularidade, revisões sistemáticas da evidência disponível e estão acessíveis em páginas da Internet.

OS TIPOS DE DIRETRIZES CLÍNICAS

Há dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*) que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pessoas internadas em hospitais ou hospitais/dia e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e a critérios de alta ⁽¹⁰³⁶⁾. As diretrizes clínicas mais utilizadas na ESF são as linhas-guia e os protocolos clínicos.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS. As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da APS. As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado ⁽¹⁰³⁷⁾.

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade. Utilizando uma metáfora, pode-se dizer que as linhas-guia são o filme e os protocolos clínicos os fotogramas.

Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo –, é feito por um protocolo clínico.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita através de um processo complexo, composto por vários momentos, que leva tempo e envolve várias etapas ^(1036, 1038).

A elaboração de diretrizes clínicas é um processo complexo e que leva tempo. Na Escócia, o tempo médio gasto tem sido de vinte e oito meses, a partir da constituição do grupo: quinze meses para revisão da literatura e para elaboração da primeira versão, dez meses para revisão de pares e consulta pública e três meses para a publicação ⁽¹⁰²⁸⁾.

Os momentos de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas.

A escolha da condição de saúde

Há uma tendência a privilegiar as condições crônicas, dado seu maior impacto na carga de doenças, mas devem ser normatizadas, também, as condições agudas.

A condição de saúde deve ser escolhida por sua relevância para o sistema de atenção à saúde. Essa relevância pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para as pessoas usuárias ou por prioridades políticas ou institucionais. Alguns critérios estão estabelecidos para a definição da condição de saúde: que seja de interesse para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias; que exista um debate sobre o que constitui a melhor prática; que envolva grande volume de serviços ou de custos; e em que se perceba uma notável variação na prática e/ou nos resultados sanitários ⁽¹⁰³⁰⁾.

Em geral, o processo de priorização das condições de saúde envolve: as condições de saúde consideradas como prioritárias nas políticas de saúde; as áreas de incerteza clínica, com muita variabilidade; as condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade; as condições iatrogênicas; e as necessidades percebidas, por diferentes atores sociais da saúde, para uma determinada diretriz clínica ⁽¹⁰²⁸⁾.

A definição da equipe de elaboração

Para que a equipe de elaboração seja eficaz três condições são fundamentais: a combinação de habilidades, atitudes e competências entre os membros; uma coordenação eficaz; e a alocação dos recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Para formar a equipe deve-se procurar juntar profissionais que possuam

experiência relevante no tema, em educação e comunicação, em gerência de projetos e, sempre que possível, de pessoas usuárias ⁽¹⁰³⁰⁾.

A equipe de elaboração da diretriz clínica deve ser multidisciplinar. Entre seus membros devem estar: médicos generalistas da instituição; médicos especialistas de dentro e fora da instituição; enfermeiros; farmacêuticos clínicos; especialistas em apoio diagnóstico e terapêutico; especialistas em epidemiologia clínica; especialista em saúde pública; especialista em economia da saúde; assistente social; e profissional com experiência em escrever diretrizes clínicas. Algumas organizações têm como norma colocar pessoas portadoras da condição de saúde ou sua organização, como membros dos grupos-tarefa. É o caso da Escócia em que o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* coloca, pelo menos, dois representantes de pessoas portadoras da condição de saúde na equipe ⁽¹⁰²⁸⁾. Como, aqui, se trata da elaboração de diretrizes clínicas da ESF é fundamental que profissionais de cuidados primários sejam amplamente representados e que tenham a coordenação dos trabalhos.

A equipe deve ter entre dez a vinte membros e um coordenador com habilidade de facilitar um ambiente aberto e dialógico; de compreender os papéis de cada ponto de atenção à saúde; e de manejar instrumentos de planejamento de trabalho de grupo ⁽¹⁰³⁵⁾.

Há evidências de que consultas a grupos de gestores e a representantes das pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de doenças determinadas, devem ser realizadas durante o processo de elaboração das diretrizes clínicas ⁽¹⁰³⁹⁾. Essa é uma diretiva usualmente utilizada pelo Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), no Reino Unido ⁽¹⁰⁴⁰⁾ e se justifica em função das limitações das evidências científicas em relação a variáveis importantes como gênero, etnicidade, incapacidade, orientação sexual etc ⁽¹⁰²⁸⁾.

Para o êxito do processo de elaboração das diretrizes clínicas é essencial que haja uma boa gestão desse processo complexo. Uma boa gestão de projetos deve seguir certas regras: manter os objetivos ao longo do trabalho; coordenar a elaboração de um planejamento detalhado de todas as atividades; assegurar uma comunicação adequada entre os membros da equipe; manter expectativas realistas; garantir que os recursos humanos, materiais e financeiros estejam, oportunamente, disponíveis para o trabalho; e fazer o monitoramento e a avaliação.

Os membros da equipe devem declarar, formalmente, por escrito, a inexistência de conflitos de interesses em relação a esse trabalho. É ideal que essa equipe institua-se sob a forma de um grupo-tarefa, dentro de uma organização por projetos ou matricial.

A análise situacional da condição de saúde na APS

A equipe deve iniciar seu trabalho fazendo uma análise das condições presentes, na instituição, de enfrentamento da condição de saúde na ESF. Isso significa, operacionalmente, desenhar os fluxos das pessoas usuárias em busca de cuidados primários, anotando o que é feito e por quais profissionais. Essa análise situacional permite identificar os pontos frágeis que devem ser modificados pelas diretrizes clínicas.

A busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes

Esse estágio é da procura das melhores evidências nas literaturas nacional e internacional. O instrumento é o da MBE, especialmente as revisões sistemáticas e as meta-análises.

Para tal, há que se consultar as fontes autorizadas de evidências. Também, há que se buscar linhas-guia ou protocolos clínicos já publicados e acessíveis. Por exemplo, uma consulta à Cochrane Collaboration, à MEDLINE, à EMBASE, Guidelines International Network (www.g-i-n.net), National Library for Health Guidelines Finder (www.library.nhs.uk/guidance/), National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk), Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.crd.york.ac.uk/crdweb/), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk). Uma lista ampla de páginas web, com diretrizes clínicas de diversos países, é fornecida por Graham, Harrison e Brouwers ⁽¹⁰⁴¹⁾. No Brasil, deve-se, especialmente, consultar as diretrizes clínicas produzidas pelo Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina/Ministério da Saúde e os Cadernos da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

As evidências recolhidas devem ser organizadas por categorias de evidências e classificadas segundo a força das evidências. Na ausência de evidências, consensos de opiniões devem ser utilizados.

Além das melhores evidências clínicas, deve haver uma preocupação pelos custos. Assim, diante de duas alternativas tecnológicas, igualmente efetivas, deve ser incorporada aquela de menor custo ou aquela mais custo efetiva. É necessário, ademais, considerar a viabilidade das intervenções recomendadas ⁽¹⁰³⁵⁾.

Há quem proponha a incorporação, nas diretrizes clínicas, de valores das pessoas usuárias que sejam muito importantes nos processos decisórios, mas eles nem sempre influenciam a força das recomendações feitas ⁽¹⁰⁴²⁾.

Dada a abundância de diretrizes clínicas disponíveis na literatura internacional, há uma discussão relevante entre elaborar novas diretrizes clínicas originais ou fazer uma adaptação de diretrizes clínicas já existentes a um contexto organizacional determinado. Uma revisão sistemática sobre o tema mostrou que há vantagens em adaptar diretrizes clínicas já existentes porque, dessa forma, eliminam-se duplicações de esforços e retrabalhos, além de ser mais viável em situações de baixa capacidade institucional para gerar diretrizes clínicas originais ⁽¹⁰⁴³⁾.

A definição dos conteúdos das diretrizes clínicas

Esse momento é importante porque as linhas-guia e os protocolos clínicos têm conteúdos diferentes.

As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde na ESF. Ademais, normatiza as situações em que as pessoas usuárias devem ser referidas pela ESF a outros pontos de atenção e aos sistemas de apoio da RAS.

Os protocolos clínicos vão normatizar parte do processo de enfrentamento da condição de saúde na ESF. Por exemplo, um protocolo clínico pode ser desenvolvido para a medicação antilipídica em pessoas portadoras de altos índices de colesterol.

As diretrizes clínicas recolhem e organizam as evidências científicas relativas às condições crônicas na ESF. Contudo, a aplicação do MACC vai implicar duas características essenciais de conteúdo que as singularizam. Uma primeira característica é que, especialmente as linhas-guia sejam normatizadas por riscos, o que necessariamente envolve a estratificação da condição crônica por riscos. A estratificação de riscos é essencial porque o MACC está construído na lógica do MPR. A segunda característica essencial deriva da função gerencial das diretrizes clínicas, algo que não está presente nas diretrizes tradicionais. Uma linha-guia, para cumprir essa função gerencial, deve conter, ao seu final, uma planilha com os parâmetros de programação referentes à condição crônica normatizada. Essa planilha que representa uma síntese do que foi normatizado, será o instrumento básico para a elaboração da programação local da ESF, parte importante da tecnologia de gestão da condição de saúde.

A formalização das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências estejam recolhidas e os fluxos organizados, para o que se pode utilizar a técnica de seminários, deve-se escrever o documento da linha-guia ou do protocolo clínico.

A forma é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. A linguagem deve ser clara, sem ambiguidades e definindo todos os termos com precisão. É importante que as diretrizes clínicas estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores.

Sugere-se que a equipe de trabalho seja acompanhada por um profissional com familiaridade na formalização de diretrizes clínicas e/ou em gerenciamento de processos clínicos.

As diretrizes clínicas devem refletir, em seu corpo, o processo de elaboração, mas o *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* sugere uma estrutura padronizada: uma clara definição da condição de saúde que se está normatizando; uma explicação das diferentes intervenções alternativas; um sumário das evidências obtidas, com seus níveis de evidência e referências bibliográficas; as recomendações derivadas das evidências obtidas; e uma discussão de adaptações locais ou de evidências frágeis ou inexistentes ⁽¹⁰²⁸⁾.

A avaliação das diretrizes clínicas

Após serem validadas, as diretrizes clínicas devem ser avaliadas. Há várias ferramentas para fazer-se a avaliação de diretrizes clínicas. Uma das mais utilizadas, internacionalmente é o instrumento AGREE (*Appraisal of Guideline Research and Evaluation*) que tem por finalidade proporcionar uma estrutura de base para a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas ⁽¹⁰⁴⁴⁾. Por qualidade das diretrizes clínicas entende-se a confiança em como os vieses potenciais do desenvolvimento dessas normas foram adequadamente abordados e em como as recomendações possuem validade interna e externa e são exequíveis na prática. Esse processo implica levar em consideração os benefícios, os riscos e os custos das recomendações, bem como as questões práticas com elas relacionadas.

Assim, a avaliação inclui juízos de valor sobre os métodos usados no desenvolvimento das diretrizes clínicas, sobre o conteúdo das recomendações finais, bem como sobre os fatores associados ao seu acolhimento pelos potenciais utilizadores. O instrumento AGREE avalia tanto a qualidade do enunciado, como a qualidade de alguns aspectos intrínsecos às recomendações. Permite avaliar a validade esperada das diretrizes clínicas, ou seja, a probabilidade de atingir os resultados finais pretendidos. Esse instrumento não avalia o impacto das diretrizes clínicas nos resultados finais de saúde das pessoas usuárias. A maioria dos critérios contidos no instrumento AGREE baseia-se mais em pressupostos teóricos do que em evidência empírica.

O instrumento AGREE foi desenvolvido através de discussões entre investigadores de vários países com larga experiência e conhecimentos extensos no domínio das diretrizes clínicas. Ele deve ser encarado como um reflexo do estado atual do conhecimento nesse campo.

O instrumento AGREE destina-se a avaliar diretrizes clínicas desenvolvidas por grupos locais, regionais, nacionais ou internacionais, ou por organizações governamentais afiliadas. Esse instrumento está voltado para novas diretrizes clínicas ou para atualizações de diretrizes clínicas existentes. Constitui uma ferramenta genérica, podendo ser aplicada a diretrizes clínicas para qualquer condição de saúde, incluindo aspectos de promoção da saúde, de prevenção, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação ou de palição de condições de saúde. Esse instrumento se adequa a diretrizes clínicas produzidas tanto em formato eletrônico como em papel.

O instrumento AGREE destina-se a gestores, a técnicos envolvidos na elaboração de diretrizes clínicas, a prestadores de serviços de saúde e a educadores.

A validação das diretrizes clínicas

As diretrizes clínicas, para serem eficazes, devem passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa. O processo de validação é importante para garantir que o instrumento de normatização seja aceito e utilizado posteriormente.

A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de servidores da instituição no grupo-tarefa. É útil o domínio, por algum membro do grupo-tarefa, de técnicas de formação de consensos, como o método *delphi* e as técnicas de grupos nominais. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas. No caso de diretrizes clínicas da ESF é fundamental a validação pelas sociedades corporativas de profissionais da APS como, por exemplo, da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, seja nacional ou estadual. A validação externa deve ser buscada, também, com grupos que representam as pessoas usuárias como, por exemplo, as associações de portadores de condições crônicas.

A publicação das diretrizes clínicas

Depois de validadas, as diretrizes clínicas devem ser publicadas.

A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários e deve utilizar material de qualidade, para que resista a um

uso frequente. Deve ser feita uma tiragem que permita atingir todos os profissionais de saúde da ESF que vão utilizar as diretrizes clínicas. Cada profissional deve utilizar a diretriz clínica como base para a sua prática cotidiana, o que significa tê-la à sua disposição no espaço de trabalho.

Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, na página da organização. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos de tempo menores que a publicação em papel. A tendência é de valorizar, relativamente, as publicações eletrônicas, até mesmo por razões de custos.

Idealmente, as diretrizes clínicas devem ser acessadas, facilmente, por meio dos prontuários familiares eletrônicos, pelos profissionais de saúde.

A revisão das diretrizes clínicas

Uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normatização sejam revistos periodicamente. Há diferentes propostas para o período de revisão, anual ⁽¹⁰³⁶⁾ ou trienal ⁽¹⁰²⁸⁾.

Quando uma diretriz clínica é considerada para revisão, três alternativas apresentam-se: uma revisão parcial, uma revisão completa ou o seu arquivamento.

A tarefa de elaborar diretrizes clínicas é muito complexa, demorada e custosa e, por consequência, não haverá, na maioria dos municípios, uma capacidade institucional e técnica para elaboração das diretrizes clínicas da ESF; por certo, grandes municípios dispõem dessa capacidade e alguns têm elaborado suas diretrizes clínicas. Mas há vantagens em centralizar relativamente esse processo, seja no Ministério da Saúde e/ou nas Secretarias Estaduais de Saúde. São exemplos, os cadernos de atenção básica do DAB/Ministério da Saúde ⁽¹⁰⁴⁵⁾ e as diretrizes clínicas da APS elaboradas pelas Secretarias Estaduais de Saúde de Espírito Santo ⁽¹⁰⁴⁶⁾ e de Minas Gerais ⁽¹⁰⁴⁷⁾.

Contudo, há vantagens em elaborar as diretrizes clínicas no âmbito local. Além das razões de tempo e custo, há evidências de que a elaboração local garante maior adesão dos profissionais. Acredita-se que a participação de profissionais locais no processo de elaboração das diretrizes clínicas gera um sentimento de propriedade das recomendações por parte desses profissionais e uma maior disposição de utilizá-las na prática cotidiana. Esse sentimento de propriedade se desenvolve quando um grupo de profissionais adapta diretrizes clínicas já existentes para os seus contextos de trabalho e identifica barreiras potenciais no seu uso local ^(1048, 1049, 1050, 1051).

Há alternativas para a adaptação local de diretrizes clínicas: o grupo de profissionais pode assumir todas as recomendações de uma diretriz clínica ou selecionar algumas delas que estejam sustentadas por evidências fortes e que sejam aplicáveis no nível local ou tomar as melhores recomendações de diversas diretrizes clínicas e reformulá-las numa nova diretriz local ⁽¹⁰⁴¹⁾.

A adaptação de diretrizes clínicas já existentes não deve implicar mudanças nas recomendações baseadas em evidências; sempre que se modifiquem essas recomendações, devem ser estabelecidas, explicitamente, na diretriz clínica adaptada as razões dessas mudanças ⁽¹⁰⁴¹⁾.

Há exemplos de metodologias de adaptação de diretrizes clínicas no nível local como o método de avaliação e adaptação de diretrizes clínicas para uso local ⁽¹⁰⁴¹⁾ e o ciclo de adaptação de diretrizes clínicas ⁽¹⁰²⁹⁾.

A IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

Há três cenários em que as diretrizes clínicas baseadas em evidências dão suporte à ESF. Primeiro, os profissionais da ESF podem utilizar as diretrizes clínicas como fontes de informação em sua educação permanente. Segundo, os profissionais da ESF podem usar as diretrizes clínicas para responder a questões específicas de sua prática cotidiana. Terceiro, o trabalho dos profissionais de diferentes unidades pode ser mais bem coordenado pela possibilidade da padronização com base em evidências científicas.

Há quem sugira que as diretrizes clínicas, antes de sua implantação em escala, devem ser aplicadas em projetos-pilotos. Esses projetos-pilotos devem envolver o local de aplicação, o alcance e os objetivos do projeto, os resultados esperados e o cronograma. Na avaliação desses projetos devem ser consideradas, além dos processos e resultados, as opiniões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias ⁽¹⁰³⁰⁾.

As principais barreiras à implantação das diretrizes clínicas são: fatores estruturais, como a ausência de incentivos financeiros; fatores organizacionais; fatores individuais relativos a conhecimentos, habilidades e atitudes; e problemas nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ⁽¹⁰²⁸⁾.

Para superar esses problemas deve ser definida uma estratégia de implantação das diretrizes clínicas, combinando diferentes intervenções que apresentam evidências de efetividades diferenciadas ⁽¹⁰⁵²⁾: a publicação e distribuição em material escrito, pequena efetividade; auditoria clínica e *feedback*, efetividade moderada; educação permanente em grupos, efetiva; educação permanente individual, efetiva; opinião

de líderes, efetividade variável; veiculação na mídia, efetiva; incentivos financeiros, efetividade variável; lembretes pelos prontuários eletrônicos, efetivos, mas não em todos os casos; a combinação dessas intervenções é mais efetiva que a utilização de uma ou de poucas intervenções isoladas. Portanto, a implantação de diretrizes clínicas deve ser feita por um *mix* dessas diferentes estratégias. Simplesmente publicar e enviar o documento aos profissionais da ESF é pouco efetivo e pode levar a que as diretrizes sejam postas na gaveta.

Uma revisão da literatura, conduzida pelo *American College of Cardiology* e pela *American Heart Association* encontrou evidências de que as intervenções multifatoriais destinadas a superar barreiras às mudanças de comportamento, a atenção multidisciplinar a pessoas de alto risco, a extensão acadêmica, os *feedbacks* relativos aos resultados, os lembretes e as opiniões de líderes locais facilitam a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas. A mesma revisão conclui que a simples distribuição das diretrizes clínicas tem pouco efeito na adesão ⁽¹⁰⁵³⁾

Outros estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação baseada em problemas teve impacto favorável em programas de controle de asma e de diabetes ⁽¹⁰⁵⁴⁾ e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes clínicas ^(1055, 1056).

Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes ⁽⁴³⁾.

AS EVIDÊNCIAS EM RELAÇÃO AO USO DAS DIRETRIZES CLÍNICAS

As diretrizes clínicas baseadas em evidências são um importante instrumento para os profissionais de saúde porque ajudam a organizar uma informação científica que está muito difusa na literatura e que se produz vertiginosamente. Estima-se que, a cada ano, mais de 2 milhões de artigos científicos são publicados pelas revistas de saúde ⁽¹⁰⁵⁷⁾.

Diretrizes clínicas baseadas em evidências demonstraram ser eficazes em definir que intervenções devem ser ofertadas para um serviço de qualidade, em chamar a atenção para intervenções inefetivas ou perigosas, em reduzir a variabilidade dos procedimentos médicos e em melhorar a comunicação nas organizações de saúde.

Além disso, constituem uma referência necessária para a auditoria clínica, especialmente para as tecnologias de gestão da utilização dos serviços; pela padronização

dos serviços, as diretrizes clínicas aumentam a eficiência econômica do sistema de atenção à saúde; e a introdução das diretrizes clínicas permite racionalizar as taxas de permanência hospitalar, a utilização de medicamentos, as taxas de cirurgia e os exames de apoio diagnóstico e terapêutico ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

As limitações das diretrizes clínicas estão em que são feitas para situações médias que podem não se aplicar a todas as pessoas e, também, em que podem estar viesadas pelas opiniões e pelas visões do grupo que as elaborou. Além disso, ainda que reduzam a variação dos procedimentos médicos, podem diminuir a atenção individualizada para determinadas pessoas que necessitam de cuidados especiais. A forma de elaboração, através de algoritmos binários, pode sobressimplificar procedimentos complexos da medicina ⁽¹⁰⁵⁸⁾.

Há evidências de que as diretrizes clínicas funcionam melhor quando utilizadas em conjunto com outras tecnologias de gestão da clínica e em RASs. Isso é explicável porque a existência das diretrizes clínicas não garante a sua aplicação. Isso só pode ser conseguido com uma boa estratégia de implantação que passa pela tecnologia de gestão da condição de saúde. Além disso, há evidências de que as diretrizes clínicas são mais bem aplicadas quando levam em conta as circunstâncias locais, o cuidado multiprofissional, a implantação por processos de educação permanente e quando viabilizam o uso de alertas para os profissionais de saúde e as pessoas usuárias ^(43, 1054).

Em termos gerais, um *survey* nacional para verificar a reação dos médicos americanos às diretrizes clínicas mostrou que os resultados referentes à familiaridade com as diretrizes clínicas foram muito diferenciados, variando de 11% para testes de estresse a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Os subespecialistas são os que mais conhecem as recomendações para sua área. Quanto maior o tempo de prática médica, maior o conhecimento das diretrizes clínicas. A confiança com as diretrizes clínicas variou: as menos confiáveis são as produzidas por operadoras privadas de planos de saúde, depois as produzidas por órgãos governamentais; as mais confiáveis são as produzidas por associações corporativas. A maioria dos médicos disse que as diretrizes clínicas foram boas e convenientes como instrumentos educacionais (64%), como fontes de consulta (67%) e que melhoraram a qualidade da atenção (70%). 25% dos médicos acharam-nas sobressimplificadas, rígidas e como uma ameaça à liberdade clínica ⁽¹⁰⁵⁹⁾.

Especificamente, há evidências sobre o impacto de diretrizes clínicas na APS: em padronizar a atenção ^(1055, 1056); em reduzir a utilização de serviços ^(1060, 1061); em melhorar a qualidade da atenção ^(1062, 1063); em reduzir os custos da atenção à saúde ⁽¹⁰⁶⁰⁾; em reduzir o uso de serviços de diagnóstico ⁽¹⁰⁶²⁾; e em melhorar os processos clínicos ^(1054, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074).

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

O HISTÓRICO

A tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações⁽¹⁰⁷⁵⁾. A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gerenciamento de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junto com a implantação dos sistemas integrados ou RASs e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que se está iniciando é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde, em que a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura, cuidado e reabilitação.

Ainda que a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, neles, melhores condições contextuais para o seu pleno desenvolvimento⁽¹⁸⁾.

O CONCEITO

Há vários conceitos de gerenciamento de doença. Um deles, da *Disease Management Association of America*, define-o como um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, em condições nas quais os esforços de autocuidados são significativos⁽¹⁰⁷⁶⁾.

A proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura do gerenciamento de doença e representa um *mix* da terceira e da quarta gerações dessa tecnologia de gestão da clínica. Ela se beneficia das experiências internacionais, mas foi desenvolvida

para adaptar-se às singularidades de um sistema público universal, o SUS, e porque vai além da mera gestão de doenças, para acomodar-se ao conceito da condição de saúde. A gestão da condição de saúde vai além do gerenciamento das doenças crônicas, incorporando os fatores de risco proximais e os eventos vitais ligados aos ciclos de vida, como gestação, puericultura, hebicultura e senicultura.

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

A gestão da condição de saúde é a tecnologia de gestão da clínica que se utiliza no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

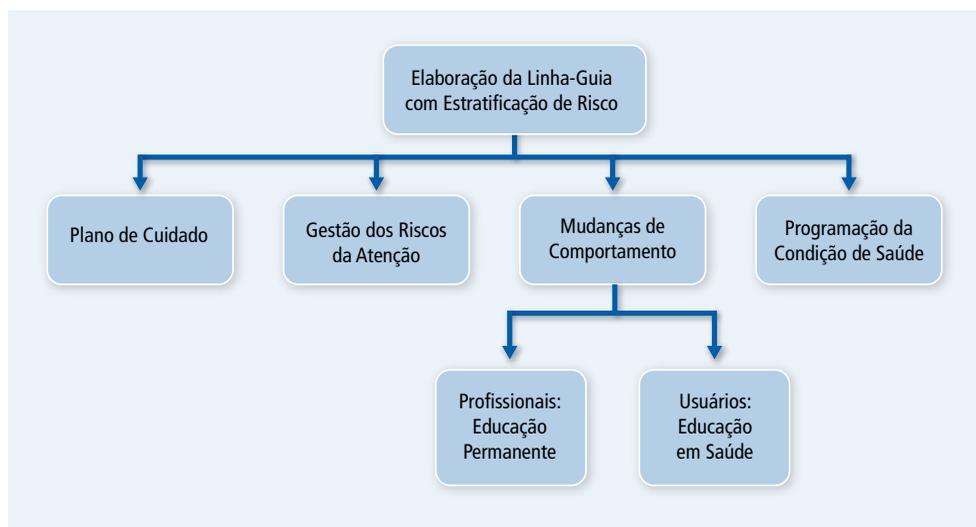
A gestão da condição de saúde faz-se em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes e outros) e em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras). A divisão entre condição de saúde de nível 3 e condição de saúde de nível 4, conforme se mostra na Figura 12 do MACC, separa as condições crônicas de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o MPR. A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos. Na gestão da condição de saúde de nível 3 vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado prestado pela equipe da ESF, e na gestão da condição de saúde de nível 4, vai-se fixar, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado, com trabalho articulado de generalistas e especialistas.

A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão da condição de saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a RAS, mas ela pode ser, especialmente, aplicada na ESF.

A gestão da condição de saúde é representada, graficamente, na Figura 22.

Figura 22: A gestão da condição de saúde



Fonte: Mendes ⁽²¹⁾

AS INDICAÇÕES DA GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo. É um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população através de um sistema de cadastramento familiar e de um sistema de informação com capacidade de fazer o registro dessa população adscrita por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição. Isso faz com que a ESF seja um espaço privilegiado de gestão da atenção à saúde porque é, nesse nível, que a população se afilia ao sistema de atenção à saúde.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a linha-guia que normatiza a condição de saúde na ESF, em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos.

A gestão da condição de saúde, tal como se observa na Figura 22, estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde.

O PLANO DE CUIDADO

O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o grupo familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Esse plano de cuidado é elaborado, conjuntamente, pela equipe da ESF e cada pessoa usuária e envolve metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Isso exige uma mudança profunda nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, através da introdução da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família. Nessa forma de relação entre a equipe da ESF e as pessoas usuárias não há mais prescritores, de um lado, e receptores passivos, pacientes portanto, de outro; equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe da ESF e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, deixa de ser a queixa conduta para ser o plano de cuidado.

O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo.

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe da ESF e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde. É ele que traz os elementos fundamentais para uma participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção, que recolhe e acolhe seu grau de confiança em cumprir as metas definidas e que permite um monitoramento conjunto desse plano. Um plano de cuidado robusto deve ter três atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz⁽¹⁰⁷⁷⁾.

O plano de cuidado é parte fundamental do prontuário clínico eletrônico.

A GESTÃO DOS RISCOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde não se faz, infelizmente, de acordo com padrões ótimos de clínica. Um estudo feito nos Estados Unidos mostrou que, em média, a qualidade adequada de atenção à população adulta, quando comparada com recomendações baseadas em evidências, foi de, apenas, 54,9%, um déficit de qualidade médio de 45,1%. Esse valor médio de qualidade recomendada atingiu 54,9% para os cuidados preventivos, 53,5% para os cuidados aos eventos agudos e 56,1% para o cuidado às condições crônicas. Variações maiores foram obtidas quando se consideraram condições específicas; por exemplo, o manejo de pessoas portadoras de dependência alcoólica só foi adequado em 10,5% dos casos ⁽¹⁰⁷⁸⁾. Não foi diferente o estudo sobre a atenção às crianças e aos adolescentes no mesmo país, realizado posteriormente. Verificou-se que, em média, a atenção recomendada só foi obtida em 46,5% dos casos, variando de 67,6% nos cuidados aos eventos agudos, 53,4% nas condições crônicas e 40,7% nos cuidados preventivos. Nos serviços preventivos para adolescentes a atenção adequada só foi de 34,5% ⁽¹⁰⁷⁹⁾.

Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. Esses danos podem ser devidos a erros ou a eventos adversos. Os erros são definidos como falhas numa ação planejada ou pelo uso de um planejamento incorreto e os eventos adversos como os danos causados pela intervenção sanitária e não pelas condições das pessoas que são submetidas a ela; os eventos adversos preveníveis são aqueles atribuíveis a um erro ou a uma falha sistêmica da atenção à saúde ⁽¹⁰⁸⁰⁾. Por outro lado, os serviços seguros são conceituados como aqueles que são prestados sem causar danos às pessoas usuárias e aos profissionais e que aumentam a confiança das pessoas na atenção à saúde ⁽¹⁰⁸¹⁾.

Um clássico trabalho sobre o sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos mostrou que os problemas de erros e eventos adversos do sistema de atenção à saúde constituíram a terceira causa de morte naquele país e foram responsáveis por 48 a 98 mil mortes por ano, metade das quais por reações adversas de medicamentos ^(1080, 1082). Em parte, esses eventos adversos decorreram de *overdiagnosis* ⁽⁶⁶⁶⁾ e *overtreatment* ⁽⁶⁶⁷⁾ e muitos dos eventos adversos devidos a medicamentos foram consequência da percepção exagerada das pessoas dos aspectos positivos dos medicamentos e da pressa em aprovar a entrada no mercado dos medicamentos, ambas as situações ligadas aos modos de operar da grande indústria farmacêutica ⁽¹⁰⁸³⁾.

O Instituto de Medicina propôs a superação do "abismo da qualidade" do sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos por meio de reformas profundas que

estruturem um novo conceito de qualidade, baseado em alguns objetivos, entre os quais, a prestação de serviços seguros que evitem danos para as pessoas usuárias. Essa importante instituição fez uma recomendação explícita para a mudança do sistema americano que é a de colocar a segurança como uma propriedade inerente desse sistema e que as pessoas usuárias devem estar seguras de que não sofrerão danos causados pela atenção à saúde. Reduzir os riscos e assegurar segurança requer maior atenção do sistema para prevenir e mitigar os seus erros ⁽³¹⁾. Por isso, definiu-se um conceito de segurança das pessoas usuárias como a capacidade de um sistema de atenção à saúde evitar os danos da atenção que se supõe ser prestada para ajudá-las a melhorar suas condições de saúde ^(31, 1080).

No Reino Unido, uma em cada vinte pessoas usuárias dos serviços de atenção secundária sofrem danos em consequência de intervenções sanitárias, o que leva a 850 mil eventos adversos nos hospitais, por ano, e a um custo adicional de dois bilhões de libras, por ano ⁽¹⁰⁸⁴⁾; metade desses eventos adversos são preveníveis ⁽¹⁰⁸⁵⁾. Esses eventos são responsáveis por aproximadamente 40 mil mortes anuais, o que faz com que iatrogenias do sistema de atenção à saúde daquele país, à semelhança dos Estados Unidos, sejam a terceira causa de mortes naquela população, somente superados pelas mortes por doenças cardiovasculares e por câncer.

Esses problemas com a segurança das pessoas usuárias apresentam-se, também, na APS. Um caso emblemático, é o do Dr. Harold Shipman, o médico generalista mais popular de Hyde, Manchester, com extensa lista de espera, que era, na realidade, um assassino em série ⁽¹⁰⁸⁶⁾. A descoberta desse caso, juntamente com o inquérito Allit de mortes causadas por más práticas de enfermagem e com o caso de Bristol de mortes excessivas em procedimentos realizados por um cirurgião cardíaco pediátrico, colocaram em xeque o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e levaram a uma resposta que foi a proposta da governança clínica, com um forte componente de gestão dos riscos da atenção à saúde ⁽¹⁰⁸⁷⁾.

Estudo realizado na Espanha em 48 unidades de APS, numa amostra de 96.047 pessoas usuárias, mostrou que 7% dos eventos adversos registrados, 6,7% foram considerados totalmente inevitáveis; 23,1% eram dificilmente preveníveis; e 70,2% eram claramente preveníveis. Em termos da preventividade por grau de severidade, eram preveníveis 65,3% dos eventos leves, 75,3% dos eventos moderados e 80,2% dos eventos graves. 23,6% dos eventos adversos não tiveram consequência sobre a atenção à saúde; 33,1% implicaram novas intervenções propedêuticas; 17,1% exigiram tratamentos cirúrgicos ou clínicos adicionais providos na APS; em 29,4% foram necessários cuidados especializados ambulatoriais; e em 5,8% houve internação hospitalar. Os eventos adversos estiveram relacionados a: 48,2% com medicamentos; 25,7% com a atenção prestada; 24,6% com a comunicação; 13,1% com o diagnóstico; 8,9% com

o manejo clínico; e 14,4% com outras causas ⁽¹⁰⁸⁸⁾. Esses resultados mostraram que a existência de eventos adversos é relativamente baixa na APS quando comparados com os hospitais. São, também, menos severos. Não obstante, quando os resultados foram extrapolados para toda a população espanhola, estimou-se que 7% das pessoas usuárias da APS podem ser afetadas por eventos adversos num ano. Esses dados indicam a importância da segurança das pessoas usuárias na APS porque apesar de mostrarem valores relativos baixos, os valores absolutos são muito altos, em função do grande número de pessoas que utilizam os cuidados primários. Por isso, a gestão de riscos na APS deve ser vista como uma prioridade para a melhoria da segurança das pessoas usuárias, especialmente quando se constatou que 70% de todos os eventos adversos ocorridos e 80% dos eventos graves eram preveníveis.

Os dados relativos ao Reino Unido, produzidos pela *National Patient Safety Agency*, mostraram que de todos os incidentes reportados na APS, 68,9% não produziram danos, 22,4% produziram danos baixos, 7,9% danos moderados, 0,5% danos severos e 0,3% mortes. As causas mais comuns de eventos adversos foram: 15,6% medicamentos, 13,11% acesso ou transição, 8,3% manejo clínico, 7,4% documentação, 5,5% comunicação e 3,0% infraestrutura ⁽¹⁰⁸⁹⁾.

Em função dos problemas de segurança na atenção à saúde, a Organização Mundial da Saúde está considerando que serviços de qualidade, seguros para as pessoas e para os profissionais, devem ser inscritos como direitos da pessoa humana ⁽¹⁰⁵⁴⁾.

A gestão dos riscos da atenção à saúde estrutura-se a partir do princípio hipocrático: primeiro, não cause danos e reconhece que os erros e os eventos adversos são resultados acumulativos de problemas que se dão na forma como os elementos estruturais e os processos são organizados e nos ambientes físico e social em que a atenção à saúde é prestada.

Há um reconhecimento crescente de que a gestão dos riscos da atenção à saúde deve estar integrada em programas de qualidade, vez que se entende um serviço de qualidade como aquele que organiza seus recursos de modo a atender às necessidades de saúde das populações por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, prestadas com segurança para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde, sem desperdícios econômicos e dentro de padrões ótimos predefinidos ⁽¹⁰⁹⁰⁾. Em geral, as ações de segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde estão contidas no nível 1 dos processos de acreditação das unidades de saúde.

O conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes

danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde ⁽¹⁰⁹¹⁾. Os riscos clínicos representam-se por variâncias nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas em relação a padrões definidos intencionalmente.

A gestão dos riscos da atenção à saúde procura aumentar a capacidade das organizações de saúde e de seus membros para desenvolver ações positivas que reduzam os riscos de morte e de sequelas para as pessoas usuárias e as suas consequências econômicas, morais ou de prestígio para as organizações de saúde ⁽¹⁰⁹²⁾.

A gestão dos riscos da atenção pressupõe um sistema de gestão de desempenho que visa garantir que os serviços são prestados de forma efetiva, apropriada e em tempo oportuno. Esse sistema opera, de um lado, com variáveis individuais como as queixas das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e de suas repercussões na mídia e, de outro, com variáveis organizacionais como os eventos adversos, os indicadores de qualidade e as revisões de desempenho. Isso se explica porque o mau desempenho pode ser resultado de falhas individuais e/ou de falhas processuais ou sistêmicas. A gestão de desempenho procura responder a duas questões: O que estamos fazendo? E quão bem estamos fazendo? ⁽¹⁰⁹¹⁾.

A Comissão Europeia para a Saúde e Proteção do Consumidor está propondo um programa de gestão dos riscos da atenção à saúde com base em três grandes áreas: a estruturação de um sistema de vigilância dos riscos da atenção à saúde; a implantação de mecanismos de compensação financeiras para as pessoas vítimas de erros médicos ou eventos adversos; e o desenvolvimento e o uso dos conhecimentos e das evidências ⁽¹⁰⁸⁸⁾.

A gestão dos riscos da atenção à saúde pode ter um segundo componente que são os riscos para as equipes de saúde. Esse componente visa a assegurar que os profissionais de saúde estão operando em padrões adequados de biossegurança, em ambientes saudáveis e protegidos em relação a infecções ⁽¹⁰⁹³⁾.

A implantação da gestão dos riscos da atenção à saúde na ESF envolve um conjunto integrado de ações: a definição de uma estratégia de gestão dos riscos da atenção; a identificação, em cada unidade, de um grupo para coordenar essas ações; a explicitação de padrões ótimos de atenção segura, com base em evidências clínicas; a implantação de um sistema de relatório de eventos adversos; a montagem de um sistema de vigilância dos riscos da atenção, envolvendo a identificação, o monitoramento e a avaliação dos riscos, por exemplo, o sistema de farmacovigilância; a implantação de um sistema de ouvidoria que recolha e acolha as manifestações de más práticas clínicas por parte das pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde; a articulação com o sistema de auditoria clínica; a implantação de sistema

de educação permanente dos profissionais de saúde em redução dos riscos clínicos; e a provisão de informação às pessoas usuárias sobre os riscos e os benefícios de determinadas intervenções médicas.

Uma forma de implantar a gestão de riscos na ESF é por meio do processo de acreditação das unidades de cuidados primários. O foco será na acreditação nível 1 em que será avaliada a segurança dos processos para os pacientes e profissionais que trabalham nas organizações. Nesse nível, a palavra chave é segurança, com foco no gerenciamento de riscos ⁽¹⁰⁹⁴⁾.

AS MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS

As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias fazem-se, na gestão da condição de saúde, por meio de processos educacionais potentes. Em relação aos profissionais de saúde envolve métodos adequados de educação permanente e no que concerne às pessoas usuárias faz-se através de processos de educação em saúde.

A educação permanente dos profissionais de saúde há que evoluir de uma educação tradicional para processos de educação permanente contemporâneos.

A educação tradicional dos profissionais de saúde caracteriza-se assim: é baseada em intervenções isoladas e pontuais; utiliza metodologias centradas nos professores e com ênfase na transmissão de conhecimentos; desvincula as intervenções educacionais das práticas profissionais; separa as intervenções educacionais das mudanças de desempenho; não é construída com base em análises de necessidades dos educandos; produz respostas padronizadas e não individualizadas; e as iniciativas de adesão são responsabilidades individuais ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

A educação continuada na ESF tem sido ofertada, predominantemente, dessa forma tradicional. São atividades educacionais convencionais como cursos curtos, seminários, oficinas; centram-se nas necessidades dos seus formuladores, normalmente gerentes de programas de saúde que não têm uma boa formação em educação; são intervenções curtas e pontuais; nem sempre são significativas para os educandos; e não se fazem sobre problemas concretos do dia-a-dia dos educandos. O resultado é um enorme volume de recursos aplicado para baixos resultados educacionais. Agreguem-se, a esses custos diretos, custos indiretos muito altos, derivados da retirada constante dos profissionais de suas atividades de rotina nas suas unidades da ESF. Essa forma de processo educacional precisa ser mudada radicalmente.

A superação dos processos tradicionais de educação dos profissionais de saúde faz-se a partir de grandes tendências: a educação como um processo permanente: pré-graduação, graduação, formação para especialidade, educação permanente; a educação permanente evoluindo para o desenvolvimento educacional permanente nos campos técnico-científico, gerencial, social e pessoal; a articulação da educação permanente com a melhoria das práticas profissionais; a adoção de fundamentos oriundos da investigação científica nas áreas de psicologia cognitiva e educação profissional; e o movimento da educação baseada em evidência ⁽¹⁰⁹⁵⁾.

Há tempo, os processos de educação permanente têm demonstrado ser eficazes para a incorporação das práticas definidas nas diretrizes clínicas ⁽¹⁰⁹⁶⁾. Mas vai-se caminhando no sentido de estratégias educacionais que valorizam o ensino-aprendizagem tutorial, realizado com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizadas por círculos de pares ⁽¹⁰⁹⁷⁾.

A educação permanente dos profissionais da equipe da ESF tem como sujeitos pessoas adultas. A educação de pessoas adultas é feita pela andragogia que tem características de aprendizagem bem diferentes daquelas da pedagogia, destinadas à aprendizagem das crianças. As principais características da aprendizagem andragógica são: a aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aprendiz, na independência e na autogestão da aprendizagem; as pessoas aprendem o que realmente precisam saber ou aprendizagem para a aplicação prática na vida; a experiência é rica fonte de aprendizagem através da discussão e da solução de problemas em grupo; e a aprendizagem é baseada em problemas, exigindo ampla gama de conhecimentos para se chegar à solução. Na andragogia, o professor se transforma num facilitador eficaz de atividades de grupos, devendo demonstrar a importância prática do assunto a ser estudado, transmitir o entusiasmo pelo aprendizado e a sensação de que aquele conhecimento fará diferença na vida dos aprendizes ⁽¹⁰⁹⁸⁾.

A educação permanente dos profissionais da equipe da ESF deve ser baseada nos fatores de mudança das práticas profissionais: os fatores predisponentes, os fatores habilitadores e os fatores reforçadores. Os fatores predisponentes envolvem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, tais como atividades formais (cursos e conferências), materiais impressos e audiovisuais. Os fatores habilitadores são aqueles que facilitam as modificações da prática profissional no ambiente de trabalho como as condições de infraestrutura física, as diretrizes clínicas, as consultas a colegas e materiais de educação em saúde. Os fatores reforçadores são aqueles que consolidam as mudanças das práticas profissionais como os alertas e os *feedbacks* providos pelo sistema de informação clínica. Há, ainda, fatores multipotenciais como as revisões de prontuário, as opiniões de profissionais-líderes e os incentivos ⁽¹⁰⁹⁹⁾. Os incentivos econômicos e não econômicos em relação à adoção dos procedimentos

recomendados são fundamentais, juntamente com as estratégias educacionais, para as mudanças das práticas clínicas.

Uma estratégia importante para a educação permanente de profissionais da equipe da ESF é o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, uma reflexão crítica de um grupo de profissionais sobre o seu próprio desempenho, com o objetivo de alcançar uma melhoria contínua na atenção às pessoas. Esse círculo é: um processo permanente que envolve a definição de critérios, a avaliação do desempenho e a implementação das mudanças; a forma de educação permanente que associa o aumento do conhecimento com a mudança da prática profissional; e o método para aprender e mudar ⁽¹¹⁰⁰⁾.

A educação permanente para os profissionais da equipe da ESF exige uma mudança estrutural nas organizações de saúde que devem colocar a atualização permanente de seus profissionais como o principal investimento nos seus ativos. Essa organização, conseqüentemente, deve prover os recursos financeiros e os meios educacionais necessários para alcançar tal objetivo. Isso significa valorizar o momento educacional como parte da carga horária contratada ofertando-o, portanto, em tempo protegido.

A educação permanente é uma condição para que os profissionais possam manter-se atualizados no manejo das condições crônicas na ESF. Assim, devem ser ofertados programas de educação permanente que sejam: metodologicamente adequados, ou seja, construídos segundo os princípios da andragogia; constantes no tempo, ou seja, que não tenham terminalidade; flexíveis, ou seja, que permitam manter grupos que mudam, dinamicamente, em sua constituição; e que sejam ofertados em tempo protegido, ou seja, durante o horário contratado dos profissionais.

Um caso de educação permanente de profissionais da ESF que utiliza os princípios da andragogia, que é constante e flexível e que é ofertado em tempo protegido, é o Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, descrito no Boxe 26.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

O PEP é a intervenção educacional implantada pela SESMG, em parceria com as SMSs do estado, para ofertar educação permanente dos médicos da ESF. O propósito é induzir uma cultura de mudança e de renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente do desempenho em busca da excelência dos cuidados às pessoas usuárias dos cuidados primários do SUS.

Fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências disponíveis na literatura, o PEP é uma intervenção multifacetada que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço. O ponto de partida do processo de aprendizagem é a consulta médica centrada na pessoa e na família.

Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, é enfatizado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes, importantes na ESF. A aprendizagem colaborativa e o foco em dados da realidade dos pares, o hábito de avaliação da prática e mensuração de desfechos, o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e a orientação para a qualidade da atenção são diretrizes que orientam as atividades educacionais do programa.

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática. Cada grupo é integrado por oito a dez médicos que trabalham na ESF de uma mesma microrregião de saúde ou cidade. Seus membros dedicam dezesseis horas mensais às atividades de aprendizagem, no horário de trabalho, com tempo protegido para esse fim. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro grandes estratégias educacionais: o círculo de aperfeiçoamento da prática profissional, o plano de desenvolvimento pessoal, os módulos de capacitação e o treinamento em serviço de habilidades clínicas. Na seleção dos tópicos para estudo e na programação das atividades educacionais, as áreas prioritárias da política estadual de saúde são priorizadas, especialmente aquelas contidas nas linhas-guia referentes aos programas estruturadores.

Em cada microrregião/município em que as atividades educacionais são desenvolvidas é implantada uma sala de educação permanente. Essa sala de educação permanente do PEP é dotada do mobiliário, equipamentos, material de consumo, computador com acesso à internet e acervo bibliográfico necessários ao desenvolvimento das atividades previstas. Na implantação dessas salas, procura-se montar um espaço com privacidade e tranquilidade, enfim, um ambiente físico apropriado para a aprendizagem de adultos.

As atividades educacionais dos grupos de aperfeiçoamento das práticas são supervisionadas, de forma presencial, por professores das Faculdades de Medicina regionais. Os professores recebem capacitação prévia nos princípios, diretrizes, estratégias e ferramentas educacionais preconizadas no PEP. A parceria da Faculdade de Medicina com a SESMG é formalizada mediante contrato ou convênio, com a participação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

A implantação do PEP em uma microrregião é negociada com os municípios e submetida à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional correspondente. A adesão de cada município é oficializada pela assinatura de termo de compromisso do gestor em promover a participação dos seus médicos e garantir tempo protegido para as atividades educacionais.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

A gestão do PEP é compartilhada pela Coordenação Estadual, pela Comissão Regional e o Coordenador Regional, necessariamente um professor da Faculdade de Medicina parceira. Encontra-se em fase de implantação o sistema de monitoramento e avaliação do PEP e uma parceria com a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade de Minas Gerais. Essa associação deverá assumir a função de acreditar os grupos de aperfeiçoamento das práticas, fazer o acompanhamento longitudinal de seu funcionamento e validar as atividades dos médicos participantes para fins de recertificação.

Os primeiros grupos de médicos foram implantados nas microrregiões de Janaúba/Monte Azul e Montes Claros/Bocaiúva, a partir de 2005. A avaliação da percepção do programa pelos médicos participantes desses grupos, feita por meio de um questionário estruturado, respondido por 120 médicos de família, está descrita no quadro abaixo.

A Percepção dos médicos participantes do PEP nas microrregiões de Montes Claros/Bocaiúva e Janaúba/Monte Azul, março/2008

VARIÁVEL	RESPOSTA	%
Interesse em participar do PEP	Grande e muito grande	97
Satisfação pessoal com o PEP	Grande e muito grande	86
Autoavaliação da participação no PEP	Boa e excelente	77
Potencial do PEP para mudar a prática	Grande e muito grande	95
Interesse em novos conhecimentos	Aumentou muito	88
Interesse em continuar participando do PEP	Grande e muito grande	90
Oportunidade para crescimento pessoal e profissional	Grande e muito grande	98

O PEP, em 2011, estava implantado em 11 macrorregiões de saúde, 55 microrregiões de saúde, envolvendo 616 municípios mineiros, atingindo 3.188 médicos da ESF, 330 supervisores/preceptores ou multiplicadores, organizados em 330 grupos de aperfeiçoamento profissional e 145 salas de educação permanente, distribuídas pelo estado. As escolas médicas parceiras eram: Universidade Estadual de Montes Claros, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Federal de São João Del Rei, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Faculdade de Medicina de Barbacena, Faculdade de Medicina da UNIFENAS BH e o Centro Universitário de Patos de Minas. Além das universidades, há um contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Duas estratégias estão sendo empregadas para monitorar as metodologias empregadas nas atividades educacionais do PEP, o relatório do supervisor de Grupo de Aperfeiçoamento da Prática e o acompanhamento longitudinal pela Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade.

Boxe 26: O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (PEP)

Os recursos de investimento para implantação das salas de educação permanente e de custeio para pagamento dos professores e material de consumo são providos integralmente pela SESMG com recursos do tesouro estadual. Não há contrapartida financeira por parte dos municípios, Faculdades de Medicina parceiras ou médicos participantes do programa. O custo aproximado do PEP é de 400 reais/mês/médico, incluindo os investimentos para implantação das salas de educação permanente.

Em síntese, o PEP é uma proposta educacional inovadora. O programa tem potencial de efetividade para mudar a prática e melhorar o desempenho dos médicos de família, organizar os serviços e, em consequência, qualificar o cuidado e contribuir para a melhoria dos índices de saúde das pessoas usuárias.

A metodologia do PEP foi adaptada para um programa pioneiro de educação permanente de enfermeiros pela Secretaria Municipal de Saúde de Pará de Minas.

Fonte: Silvério ⁽¹¹⁰¹⁾; Silvério ⁽¹¹⁰²⁾

Há evidências na literatura internacional sobre os efeitos positivos da educação permanente, na APS, na mudança de comportamento dos profissionais de saúde e em outras dimensões da prática profissional, sobre os resultados sanitários e sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

Um estudo de caso controle feito no Reino Unido mostrou que o treinamento de médicos generalistas e enfermeiros com processos educacionais centrados nos portadores de diabetes de tipo 2 melhorou as habilidades de comunicação, a satisfação das pessoas usuárias e as suas percepções de bem-estar ⁽¹¹⁰³⁾. Uma revisão sistemática concluiu que a educação permanente dos profissionais de saúde, juntamente com uma metodologia de educação em saúde e de autocuidado, reduz o uso dos serviços de saúde e os custos da atenção ⁽¹¹⁰⁴⁾. Um estudo comparou processos educacionais individuais ativos e passivos sobre prescritores de medicamentos na APS e chegaram à conclusão que os processos ativos são mais efetivos em mudar os comportamentos dos profissionais que os processos passivos e que ambos são mais efetivos que nenhuma intervenção educacional ⁽¹¹⁰⁵⁾. Uma pesquisa encontrou que a utilização de farmacêuticos clínicos como educadores de 112 médicos generalistas ingleses reduziu o número de prescrições de antibióticos e o custo da assistência farmacêutica ⁽¹¹⁰⁶⁾. Um estudo concluiu que os médicos estavam mais satisfeitos quando submetidos à aprendizagem baseada em problemas que na educação continuada tradicional ⁽¹¹⁰⁷⁾. Um ensaio clínico randomizado feito com 46 médicos de APS, envolvendo 1.356 portadores de depressão, constatou que, após dois anos de participação dos médicos em processos educacionais, as pessoas usuárias apresentaram menos dia de sintomas depressivos e menos absenteísmo no trabalho ⁽¹¹⁰⁸⁾. Um *survey* com 1.236 médicos americanos verificou que eles não consideravam adequados seus treinamentos para lidar com as condições crônicas, mas os médicos de família se sentiram melhor capacitados que os

clínicos gerais, os pediatras, os cirurgiões e outros especialistas não cirurgiões; 80% dos entrevistados disseram que os treinamentos adicionais tiveram um efeito positivo em suas atitudes em relação à atenção aos portadores de condições crônicas⁽¹¹⁰⁹⁾. Uma revisão da Cochrane sobre a educação centrada nas pessoas constatou que médicos e enfermeiros de APS quando participaram de atividades educacionais com essa metodologia de atenção à saúde aumentaram a satisfação das pessoas usuárias com os cuidados recebidos⁽¹¹¹⁰⁾. Um estudo de dez casos na Europa mostrou que a educação permanente dos profissionais é fundamental para as mudanças que se necessitam fazer na APS para cumprir os objetivos da Organização Mundial da Saúde⁽¹¹¹¹⁾.

Há também evidências sobre os efeitos positivos na mudança de comportamento dos profissionais e nos resultados sanitários da utilização de fatores reforçadores e multidimensionais como os lembretes, os *feedbacks*, as auditorias e os incentivos econômicos e não econômicos quando articulados com programas de educação permanente^(1112, 1113, 1114, 1115, 1116).

A gestão da condição de saúde, além de mudar comportamentos dos profissionais da ESF, deve mudar os comportamentos das pessoas usuárias dos serviços de saúde. Essa mudança de comportamento das pessoas usuárias é, também, realizada por ações educativas, o que convoca a educação em saúde.

As diretrizes clínicas que normatizam o processo de intervenção frente à condição de saúde devem ser apropriadas pelas pessoas usuárias da ESF. Isso exige um processo de mediação de comunicadores e de educadores e um espaço organizacional da educação e comunicação. É o campo da educação em saúde.

As variáveis importantes desse momento são os conteúdos das mensagens, a mídia e o *feedback*. Dessa forma, as diretrizes clínicas devem ser traduzidas em linguagem adequada, pelos comunicadores e pelos educadores, para as pessoas usuárias, e transmitidas através de meios pertinentes para que sejam apropriadas devidamente.

A educação em saúde envolve estratégias como a realização de *surveys* ou grupos focais; a busca dos melhores meios para as mensagens específicas (eletrônico, impresso, falado, visual); e a avaliação por *feedback* da eficácia dos métodos comunicacionais utilizados.

Ademais, há que se ter um processo educacional que permita que as pessoas usuárias da ESF se apropriem das diretrizes clínicas. Valorizar a educação das pessoas usuárias, de forma a que mudem seus comportamentos em relação à condição de saúde e que participem proativamente do plano de cuidados, é um elemento essencial da gestão da condição de saúde e parte de sua função educacional.

A educação em saúde se vale muito das teorias do campo da psicologia aplicadas às mudanças de comportamento que foram discutidas anteriormente na prevenção das condições de saúde em relação aos comportamentos e estilos de vida.

Ter boas diretrizes clínicas é uma condição necessária, mas não suficiente para uma boa gestão da clínica. Dispor de diretrizes clínicas na internet ou impressas, mas não implantá-las através de processos educacionais potentes, para profissionais de saúde e pessoas usuárias, é uma perda de tempo e de recursos.

A PROGRAMAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

A programação da condição de saúde, na ESF, estrutura-se em três momentos: a elaboração da programação, o contrato de gestão e o monitoramento e a avaliação.

A programação

A programação local faz-se em cada equipe da ESF. Dada a função coordenadora que a ESF tem nas RASs, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação da ESF é uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe da ESF. A programação de base populacional não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante por exemplo, mas parâmetros epidemiológicos que são baseados em evidências científicas e que são parte das diretrizes clínicas na forma de uma planilha de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A ESF é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RASs. Ali não se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quem são as gestantes de alto risco vinculadas a uma equipe da ESF e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no centro de referência (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária). Portanto, toda a programação das RASs, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na ESF, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. É assim que se vai construindo uma ESF com capacidade de ser efetivamente uma estratégia de organização do SUS e de coordenação de toda a RAS.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MPR e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guia da ESF. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para os portadores de hipertensão arterial, mas para cada estrato separado, os de baixo, médio, alto e muito alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto riscos, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todos os portadores de hipertensão arterial.

A experiência mineira do modelo de programação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é uma proposta sólida de implantação de um planejamento com base populacional e de toda a RAS ⁽²⁸³⁾.

Um exemplo de parâmetros de base populacional para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF, proposto pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais, é colocado no Boxe 27.

Boxe 27: Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais

Os parâmetros estão estabelecidos numa planilha de programação que é parte da linha-guia de atenção à saúde do idoso da SESMG.

A atenção à saúde das pessoas idosas tem foco, não nas doenças, mas na capacidade funcional dessas pessoas. O centro da atenção à pessoa idosa é o plano de cuidado que é feito a partir da avaliação multidimensional que é um método para descrever habilidades e atividades e mensurar a forma de realização individual de uma série de ações incluídas no desempenho das tarefas necessárias na vida diária, nos compromissos vocacionais, nas interações sociais, de lazer e outros comportamentos requeridos no cotidiano.

Os sujeitos da programação são todas as pessoas de mais de 60 anos cadastradas pela equipe da ESF. Essas pessoas são estratificadas em risco habitual e em alto risco ou idosos frágeis. A programação é feita por esses estratos, em conformidade com o MPR.

A planilha de programação local é um instrumento que tem por finalidade instrumentalizar a equipe de saúde para o planejamento anual com foco nas pessoas idosas. Esse instrumento consta de três itens: resultado esperado, atividades e parâmetros.

Boxe 27: Parâmetros para a programação da atenção às pessoas idosas na ESF em Minas Gerais

Resultado 1: Acompanhamento dos idosos da área de abrangência da equipe da ESF

ATIVIDADES	PARÂMETROS
Identificar todos os idosos da área de abrangência da equipe da ESF e cadastrar para acompanhamento	100% dos idosos identificados e cadastrados na equipe da ESF
Realizar primeira consulta médica para os idosos e estratificar por grau de risco: risco habitual ou risco alto (idoso frágil)	100% dos idosos realizam a primeira consulta médica e são classificados por grau de risco
Realizar consultas para acompanhamento dos idosos de risco habitual	100% dos idosos de risco habitual realizam: 1 consulta médica por ano e 1 consulta de enfermagem por ano
Realizar consultas para acompanhamento dos idosos de alto risco	100% dos idosos de alto risco realizam: 3 consultas médicas por ano e 3 consultas de enfermagem por ano
Realizar atividades educativas para os idosos	100% dos idosos participam de 4 ações educativas por ano
Garantir imunização para influenza, pneumococo e tétano	100% dos idosos são imunizados
Realizar exames complementares na primeira consulta: hemograma, glicemia de jejum, vitamina B12, ácido fólico, creatinina, TSH, T4 livre, urina rotina, colesterol fracionado, triglicérides, pesquisa de sangue oculto nas fezes, eletrocardiograma e outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais na primeira consulta
Exames anuais em consultas subsequentes: glicemia de jejum, TSH, colesterol fracionado, triglicérides e outros	100% dos idosos realizam exames laboratoriais em consulta anual
Realizar avaliação para identificação de idoso que apresente os gigantes da geriatria ou outros fatores de risco em todas as consultas	100% dos idosos realizam consultas médicas e de enfermagem subsequentes, exames e procedimentos descritos na linha-guia para identificação dos gigantes da geriatria ou outros fatores de risco
Executar planos de cuidados elaborados na ESF ou encaminhados pelo Centro de Referência	100% dos usuários que foram avaliados deverão ser acompanhados de acordo com os planos de cuidados

Resultado 2: Diminuição da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária

Diminuição da hospitalização por condições sensíveis ao atendimento em atenção primária	100% dos idosos avaliados devem ser classificados de acordo com o grau de risco e acompanhados na unidade de saúde
---	--

Fonte: Bandeira, Pimenta, Souza ⁽¹¹⁷⁾

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar.

Um outro elemento essencial na programação local da ESF é a programação de investimentos, que envolve edifícios e material permanente e equipamentos. Esse será um componente de um Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A programação da infraestrutura física deve ser feita por meio de um Plano Municipal de Infraestrutura Física da ESF, inspirado em padrões normativos nacionais ou estaduais, e que apresentem diferentes conformações para unidades com diferentes números de equipe, por exemplo, unidade de uma, duas ou três equipes. A distribuição dessas unidades será feita, de um lado, buscando ganhos de escala e, de outro, garantindo o acesso oportuno das pessoas usuárias a esses equipamentos, o que implica raios ótimos entre as residências e as unidades. Um raio médio adequado é de dois mil metros.

Os materiais permanentes e equipamentos devem, também, inspirar-se em padrões nacionais ou estaduais e variarão conforme o número de equipes de cada unidade.

Os contratos de gestão

Os objetivos e metas fixados na programação local devem ser um dos elementos básicos para a elaboração do contrato de gestão entre a autoridade sanitária (o Secretário Municipal de Saúde) e a unidade prestadora de serviços (a equipe da ESF).

Há evidências, provindas de avaliações rigorosas realizadas em vários países, inclusive no Brasil, de que a introdução de contratos como instrumentos de gestão da condição de saúde contribui para a obtenção de melhores resultados econômicos na APS, alguns deles na ESF ^(197, 266, 283, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124).

Esses contratos devem ser baseados em desempenho, o que significa: estabelecer objetivos claros e os seus indicadores; desenvolver sistema de monitoramento com base na produção e utilização oportuna dos indicadores; e produzir consequências para o contratado, seja em termos de bônus ou de penalidades, conforme o desempenho.

Há várias razões que justificam a introdução dos contratos na ESF: estimulam a descentralização da gestão dando mais responsabilidades aos gerentes locais; permitem um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo da equipe da ESF; dão maior consequência ao planejamento da ESF ao exigir um maior empenho

em atingir os produtos contratados; incentivam a criação e a utilização cotidiana dos sistemas de informação gerenciais; melhoram a gestão da clínica; permitem uma melhor focalização nas necessidades e nos interesses da população; e tornam a ESF mais transparente e mais permeável ao controle social ⁽¹¹²⁵⁾.

Para que o contrato de gestão dê resultados, algumas condições são importantes: o diálogo entre os principais atores sociais na situação; a definição dos objetivos do contrato e a seleção dos indicadores: não devem ser muito numerosos, em geral menos de uma dezena, e devem medir, balanceadamente, estrutura, processos e resultados; os indicadores devem ser medíveis de forma independente; alguns indicadores devem ser de equidade e qualidade, objetivos frequentemente esquecidos nos contratos; o sistema de pagamento deve estar alinhado com os indicadores de desempenho e deve conter incentivos positivos (bônus) e negativos (sanções) ao contratado; o contratado deve ter a maior autonomia possível para executar o contrato; e o plano de contrato deve definir como o contrato será monitorado e avaliado ⁽¹¹¹⁸⁾.

O contrato de gestão deve ser feito pelo Secretário Municipal de Saúde com cada equipe da ESF, com base na programação anual. Como o contrato de gestão não deve ter muitos indicadores, selecionam-se, do total de indicadores da programação, um subconjunto de indicadores que devem ser balanceados, especialmente, em termos de indicadores de processos e resultados. Esses indicadores devem estar referidos pelas prioridades da SMS, expressas no Plano Municipal de Saúde. Ao longo do tempo, esses indicadores podem variar, em função das prioridades políticas da SMS.

O período de contrato, normalmente, deve ser de um ano.

Ainda que se possa fazer contratos de gestão com incentivos morais, é melhor que o contrato de gestão contenha um sistema de pagamento por desempenho para os profissionais da ESF. Isso significa que a maior parte dos salários corresponde a um valor fixo, mas que haverá uma parte vinculada ao desempenho de cada equipe da ESF, medido pelos indicadores selecionados. Esse valor variável deve ser bem calibrado para ser percebido como um incentivo que estimula o desempenho da equipe da ESF.

Uma experiência bem-sucedida de contrato de gestão na APS é a da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Essa experiência já existe há muitos anos e tem sido avaliada rigorosamente ^(197, 1119, 1120, 1122, 1124). Esse caso é discutido no Boxe 28.

Boxe 28: O contrato de gestão por desempenho na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba: o Programa de Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade dos Serviços (IDQ)

Os contratos de gestão foram implantados a partir de 2003 em todas as unidades de APS do município.

Os contratos de gestão são compostos por dois instrumentos, o Termo de Compromisso e o Plano Operativo Anual. O Termo de Compromisso é um documento com vigência anual, que é sustentado pelo Plano Operativo Anual que estabelece os indicadores e as metas anuais, presentemente 79 indicadores. As metas são pactuadas conforme as realidades locais de infraestrutura e de recursos humanos.

O IDQ é um programa de pagamento por desempenho que objetiva promover o espírito de equipe e incentivar o alcance de metas prioritárias. O bônus pago aos servidores varia entre 20% e 50% do salário e depende de certas circunstâncias locais, definidas em Decreto Municipal. O bônus é pago mensalmente a cada servidor.

Os indicadores de desempenho estão focados na qualidade dos serviços e na satisfação das pessoas usuárias.

A avaliação do IDQ baseia-se em quatro elementos: a avaliação dos servidores pelos supervisores, a autoavaliação, a avaliação da equipe e a avaliação comunitária da unidade feita pelo Conselho Local de Saúde.

A folha de avaliação é a mesma para a avaliação dos supervisores e para a autoavaliação e engloba vários fatores: conhecimento e competência, postura profissional, relações interpessoais, assiduidade e pontualidade e qualidade do trabalho. Esses fatores são desdobrados em pontos que têm pesos diferenciados.

A avaliação das equipes é feita por um conjunto de indicadores, selecionados entre os 79 indicadores do Plano Operativo Anual. Esses indicadores são os mesmos para todas as equipes, mas as metas são negociadas em função das diferentes realidades das equipes no município. Os indicadores são definidos em cinco áreas: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal e epidemiologia. Em 2010, havia 14 indicadores subdivididos por essas cinco áreas. Os pesos de cada indicador variam, chegando a um escore total de 100.

A avaliação comunitária é feita pelo Conselho Local de Saúde que existe em cada área de abrangência das unidades de APS.

O escore final é composto e definido por pesos distintos: avaliação dos servidores pelos supervisores: 45%; autoavaliação: 5%; avaliação das equipes 35%; avaliação comunitária: 15%.

O bônus é pago a todos os servidores que alcançarem um escore igual ou superior a 80 pontos.

O percentual dos servidores que recebem o bônus é alto, em torno de 95%. Dos 5% que não recebem os bônus, uma parte é devida a fatores excludentes, mas apenas 1,5%, em média, não recebem por deficiência de desempenho. Isso poderia indicar que o sistema teria perdido sua função de incentivar o desempenho. Contudo, as pesquisas avaliativas mostraram que IDQ não perdeu, ao longo dos anos, sua força em incentivar o desempenho. A maior parte dos servidores considera que o IDQ influencia positivamente sua prática. Da mesma forma, os gestores consideram que o IDQ é a tecnologia de gestão mais relevante para uso local e para gestão por resultados (9,76 pontos em 10).

Fontes: World Bank ⁽²⁶⁶⁾; Marty ⁽¹⁹⁷⁾; Faria ⁽¹¹¹⁹⁾; Shepher ⁽¹¹²⁰⁾; Marty ⁽¹¹²⁴⁾;

O monitoramento e avaliação

A programação e o contrato de gestão devem ser monitorados e avaliados, por meio de um sistema de monitoramento e avaliação.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação e acolhidos no contrato de gestão, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

O monitoramento constitui uma atividade contínua e periódica, isto é, feita em intervalos de tempo regulares, definidos no plano de contrato em função da natureza de cada indicador. A avaliação, diferente do monitoramento, é uma atividade que se caracteriza por ser uma intervenção episódica que convoca, em geral, uma pesquisa avaliativa.

Os resultados, efetivamente alcançados e demonstrados pelo sistema de monitoramento e avaliação, devem servir para reajustar o processo de gestão da condição de saúde da seguinte forma: os resultados se transformam em base de conhecimentos; os objetivos podem ser reajustados à luz do que efetivamente se pode alcançar; as diretrizes clínicas podem ser revistas; e as estratégias educacionais e comunicacionais podem ser ajustadas.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Como a proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura da tecnologia utilizada internacionalmente de gerenciamento de doença, as evidências foram demonstradas em relação a cada um dos componentes principais. Contudo, na literatura internacional é possível identificar evidências da aplicação global do gerenciamento de doença na APS. Há evidências sobre os efeitos positivos da aplicação da tecnologia de gerenciamento de doença, na APS, em condições crônicas, melhorando os resultados sanitários e econômicos ^(1004, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130).

A GESTÃO DE CASO

O CONCEITO

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade,

humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde.

O papel principal de um gestor de caso é exercitar a advocacia da pessoa portadora de uma condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e sua família: defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado e para a autonomia e a independência; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; e coordenar o cuidado em toda a RAS ⁽¹¹³¹⁾.

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde que é sustentada por abundante evidência empírica. O trabalho original foi o clássico experimento da Rand Corporation que verificou que 1% dos americanos gastava 28% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde ⁽¹¹³²⁾. Num trabalho posterior, realizado também nos Estados Unidos, chegou aos seguintes dados: 1% da população gastou 30% dos recursos totais do sistema de atenção à saúde; 2% da população gastaram 41%; 5% da população gastaram 58%; 20% da população gastaram 72%; 30% da população gastaram 91%. Por outro lado, 50% da população gastaram, apenas, 3%; e 25% da população nada gastaram no ano ⁽³⁸³⁾. Pesquisa realizada na Unimed de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006 ⁽¹¹³³⁾.

Com base nos trabalhos pioneiros, Roos, Shapiro e Tate ⁽¹¹³⁴⁾ formularam a Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, da seguinte forma: "*Uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo*".

Essa lei diz que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. Mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% ⁽¹¹³¹⁾ ou de 1% a 5% ⁽²⁸⁶⁾.

A gestão de caso, corresponde, no MACC, como se vê na Figura 12, ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas. Corresponde, ademais, ao nível 3 do MPR.

A gestão de caso é conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta denominada de *hands-off* em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente, na prestação de serviços. Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, num formato *hands-on* em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos ⁽¹¹³¹⁾.

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação.

O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido. Isso faz da ESF um lugar privilegiado para a gestão de caso.

Uma forma singular de gestão de caso é a gestão de casos catastróficos, em que se monitoram pessoas portadoras de condições de saúde que representam alto risco sanitário, econômico e social, como HIV/Aids, certos nascimentos prematuros, transplantes, terapia renal substitutiva, lesões medulares etc.

OS OBJETIVOS DA GESTÃO DE CASO

A gestão de caso persegue vários objetivos: advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias; aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas; ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS; reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas usuárias dos serviços e suas famílias; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; reduzir, sem prejuízo da qualidade, a permanência nas unidades de saúde; minimizar os problemas nos pontos de transição do cuidado; incrementar a qualidade de vida das pessoas usuárias; incrementar a autonomia e independência das pessoas; estimular o

autocuidado; monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas; assistir às pessoas usuárias e às suas famílias para acessar o ponto de atenção à saúde adequado; avaliar as altas de serviços; e prevenir as internações sociais.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO

O processo da gestão de caso envolve várias etapas ^(1135, 1136): a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

A seleção do caso

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso.

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de co-morbidades; aquelas que utilizam polifarmácia; aquelas que apresentam problemas de alta dos serviços; aquelas que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas; aquelas que são atingidas por danos catastróficos; aquelas que são desprovidas de condições para o autocuidado; aquelas que são alvo de eventos-sentinela; aquelas que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais; e aquelas que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem só; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Os critérios de elegibilidade devem ser definidos em função das variáveis: diagnóstico, tipo de tratamento, quantidade de internações domiciliares, custo, local de tratamento e padrões de cuidados ⁽¹¹³¹⁾. Ao que se deve adicionar a rede de suporte social e a situação socioeconômica.

As diretrizes clínicas devem fornecer os elementos fundamentais para a seleção das condições de saúde elegíveis para a gestão de caso.

O Boxe 29 ilustra a seleção de pessoas idosas num centro de saúde inglês.

Boxe 29: A seleção de pessoas idosas para a gestão de caso no Centro de Saúde Castlefields, em Rucorn, Reino Unido

Nesse centro de saúde, um enfermeiro, trabalhando em conjunto com um assistente social, considera as pessoas idosas de mais de 65 anos elegíveis para a gestão de caso se eles se enquadrarem em três ou mais dos seguintes critérios: presença de quatro ou mais condições crônicas; presença de seis ou mais medicamentos prescritos por seis meses ou mais; duas ou mais internações hospitalares nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos de urgências nos últimos doze meses; dois ou mais atendimentos em ambulatórios nos últimos doze meses; as pessoas idosas que estão entre os 3% mais frequentes usuários dos serviços de saúde; pessoas que tiveram internação de mais de quatro semanas nos últimos doze meses; pessoas que tiveram mais de quatro visitas pelos assistentes sociais nos últimos três meses; e pessoas que os custos de medicamentos excedem a 100 libras por mês.

A introdução da gestão de caso, para pessoas idosas, nesse centro de saúde, permitiu reduzir as internações hospitalares entre 7,5% a 16,6% e com a aplicação de 173 mil libras em sua implantação permitiu economizar 1,15 milhões de libras por ano.

Fonte: Department of Health ⁽²⁸⁴⁾

A identificação do problema

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário recolher o máximo de informações sobre a pessoa que será o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: companheiro ou companheira, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais.

Uma avaliação fundamental é a da capacidade para o autocuidado.

É importante consultar a história de saúde, o que incluirá entrevistas com a equipe da ESF e com outros profissionais envolvidos na atenção, o exame dos prontuários clínicos, entrevistas com os responsáveis pela atenção domiciliar e com os cuidadores. São importantes a verificação das condições odontológicas, de visão, de audição, da saúde ocupacional, da saúde mental, da capacidade funcional e, muito importante, da capacidade para o autocuidado.

As condições de vida, especialmente aquelas ligadas ao meio ambiente familiar, devem ser levantadas. São importantes as informações domiciliares relativas à presença de escadas, de telefone, de equipamentos de utilidade doméstica, de sanitários, de equipamentos de lazer e de necessidades de equipamentos médicos complementares.

Uma ficha de identificação do problema deverá conter: nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa; toda a história médica da pessoa; a presença de fatores complicadores, de cronicidade e co-morbidade; a história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas; as medicações tomadas e que estão sendo utilizadas; a história familiar em relação a doenças crônicas; as alergias; a avaliação nutricional; a avaliação dermatológica; o histórico de uso das unidades de saúde pela pessoa; e o uso de práticas médicas complementares e integrativas.

A elaboração e a implementação do plano de cuidado

Se o momento da identificação do problema permite decidir aonde chegar, a elaboração e a implementação do plano de cuidado definem a melhor maneira de alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso. Assim, nessa etapa, exige-se muita criatividade porque há, sempre, várias maneiras alternativas de se chegar aos objetivos traçados.

Por isso, na elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado. É fundamental a participação, na elaboração do plano de cuidado, da pessoa usuária e de sua família. Ou seja, o plano de cuidado é um ato solidário do gestor de caso, da pessoa usuária e de sua família e da equipe da ESF. Em alguns casos o plano exigirá a presença de outros atores como o cuidador, a igreja, membro de movimento social ou outros.

Começa-se com o estabelecimento dos objetivos da gestão de caso. A maioria dos objetivos está composta por metas menores ou atividades que devem ser alcançadas, para que se cumpram os objetivos maiores. Assim, o objetivo maior de uma pessoa idosa que recebeu uma prótese de quadris, de andar metros com independência, envolve metas intermediárias como realizar a cirurgia, retirar todos os equipamentos de suporte vital, estabilizar os exames de sangue, utilizar uma cadeira de rodas etc.

O objetivo terminal de uma gestão de caso é a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos, de modo a dar o máximo possível de autonomia e independência às pessoas. Para tal, é necessário priorizar as necessidades e os objetivos e, isso, pode gerar conflitos entre as propostas do gestor de caso e as expectativas da pessoa ou de sua família.

Priorizadas as necessidades e os objetivos há que se detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, o que vai envolver o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio. É,

aqui, no momento da implementação, que o gestor de caso exercita sua função de coordenação da atenção à saúde, procurando garantir a prestação da atenção certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo e de forma humanizada. A consulta permanente às linhas-guia e aos protocolos clínicos é fundamental para o trabalho consequente do gestor de caso. É essencial conhecer todos os recursos da comunidade que possam ajudar a implementar o plano de cuidado.

A implementação é o momento de pôr o plano de cuidado em execução. Por exemplo, no dia de uma alta hospitalar o gestor de caso deve: monitorar a estabilidade da pessoa; dar instruções para a alta hospitalar; dar as instruções relativas a todos os cuidados domiciliares; obter a concordância da pessoa ou de seus familiares com a alta; preparar a lista de telefones de profissionais de referência; providenciar o transporte até a residência; e verificar as condições domiciliares de recepção e acomodação da pessoa.

O monitoramento do plano de cuidado

O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas. O monitoramento pode ser presencial, por telefone ou correio eletrônico.

O monitoramento deve se fazer, ademais, para verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas. Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito para a pessoa; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DE CASO

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais, com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; provê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos.

Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na APS ^(352, 891, 1126, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143)

A GESTÃO DE CASO NO BRASIL

No Brasil, a introdução da gestão de caso tem sido feita, principalmente, por operadoras de planos privados de saúde ^(1144, 1145). Como, em geral, o sistema de saúde suplementar opera sem APS, a gestão de caso não é realizada nesse nível de atenção à saúde. Além disso, o foco da gestão de caso das operadoras privadas é na redução de custos e não na qualidade da atenção à saúde, racionalizando a atenção prestada àquela minoria que pressiona fortemente os gastos dessas operadoras.

Apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre os benefícios da gestão de caso na APS, essa tecnologia de gestão da clínica não é utilizada, significativamente, na ESF.

Essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas ⁽¹¹⁴⁶⁾. As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não terão uma abordagem humanizada e eficiente. A grande limitação de profissionais de nível superior nas equipes de ESF é um fator limitante e que deve ser superada pela introdução de novos profissionais. Especialmente, o assistente social na equipe da ESF tem um papel relevante como gestor de caso daquelas pessoas elegíveis para a tecnologia e que, além de apresentarem grave situação de saúde, convivem com problemas sociais expressivos que influem na sua saúde e na capacidade de autocuidado.

O Boxe 30 relata uma experiência de gestão de caso feita por assistente social na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais.

Boxe 30: A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

O município de Uberlândia, em 2007, deu início ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), um projeto da SESMG, que tem como objetivo fortalecer a APS para que cumpra as funções de responsabilização e resolução dos problemas de saúde da população e de coordenação das RASs.

Um dos resultados pactuados, no PDAPS, foi a redução da mortalidade infantil no município, que estabeleceu como meta a diminuição do coeficiente de mortalidade infantil de 13,3 por mil nascidos vivos, em 2009, para um dígito até 2012.

Para alcançar essa meta, a SMS organizou a Rede Mãe Uberlândia que desenvolve ações de promoção, prevenção e assistência às mulheres e às crianças menores de um ano. Para a gestão dessa RAS adotou tecnologias de gestão da clínica: a linha-guia que estabelece a estratificação da população-alvo por grau de risco e a gestão da condição de saúde que define as intervenções necessárias de acordo com o risco estratificado. Para a operacionalização dessas tecnologias foram realizadas ações para qualificação das equipes da APS.

Boxe 30: A gestão de caso na APS da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

A partir da implantação dessas ações, constatou-se a redução da mortalidade infantil, para 11,3 para mil nascidos vivos, em 2010. A análise das causas da mortalidade, pelo Comitê de Mortalidade Materno e Infantil do município, evidenciou que fatores socioeconômicos, demográficos e culturais contribuíam significativamente para a mortalidade infantil, suscitando a necessidade da maior integração da equipe multiprofissional e da inserção do assistente social na APS.

Em 2011, implementou-se mais uma das tecnologias de gestão da clínica, a gestão de caso, tendo como foco a intensificação das ações para o acompanhamento de gestantes e crianças de muito alto risco, pelas equipes da APS, em que os assistentes sociais assumiram a coordenação das ações que constam nos planos de cuidados.

O plano de cuidado é elaborado com a gestante de muito alto risco ou com o responsável pela criança de muito alto risco e a equipe da APS. Para isso, são feitas entrevistas individuais e com os familiares, além de visitas domiciliares.

O assistente social participa junto com a equipe multidisciplinar na elaboração do plano de cuidado, na avaliação, discussão de casos, análise da situação, fornecendo subsídios sociais e dados que possam contribuir para o diagnóstico e para o acompanhamento dos casos.

Um conjunto de iniciativas são propostas prevendo a compreensão, aceitação e adesão da gestante de muito alto risco e do responsável pela criança de muito alto risco, ao plano de cuidado. As avaliações, previstas no plano de cuidado, são constantes e permitem, se necessário, a busca de novas alternativas, enriquecendo as ações e melhorando a adesão ao plano.

No período de maio de 2011 a fevereiro de 2012, do total de 4.707 gestantes, 4000 (85%) foram estratificadas em risco habitual e 707 gestantes de alto risco (15%). No grupo de gestantes alto risco foram identificados 120 casos de muito alto risco, que foram inseridos na gestão de caso. Nesses casos, 13 mulheres tiveram os bebês em boas condições e estão em acompanhamento pela equipe da APS e os demais 107 casos permanecem em gestão de caso. Do total de casos acompanhados, três resultaram em óbitos infantis, dos quais um foi considerado inevitável e dois evitáveis, e nenhuma morte materna. Os dados preliminares da mortalidade infantil em 2011, mostraram um coeficiente de 10,54 mortes infantis em 1000 nascidos vivos.

Ainda não se dispõem de condições para analisar o impacto da gestão de caso na redução da mortalidade materna e infantil, mas há a constatação da motivação e do maior comprometimento das equipes da APS e da receptividade das mulheres e familiares aos planos de cuidados.

A motivação das equipes em relação a essa tecnologia pode ser constatada pela mobilização para a sua utilização em outras condições crônicas, tais como o acompanhamento dos idosos frágeis, dos adolescentes em situação de grande vulnerabilidade e dos portadores de transtorno mental muito grave.

A gestão de caso tem contribuído para o melhor manejo das pessoas em condições crônicas complexas, possibilitando uma atenção personalizada, segura e de qualidade.

Fonte: Lima, Araujo, Souza, Lima, Shimazaki⁽¹¹⁴⁷⁾

CAPÍTULO 8 – A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

A MUDANÇA CULTURAL

O imperativo da mudança é inegável e decorre do fato de o mundo em que se vive estar em permanente mutação. Diante desse imperativo há três opções: ignorar a mudança mantendo-se na zona de conforto; lutar contra a mudança; e aceitar a mudança e aderir a ela.

O MACC é um modelo de grande complexidade que traz muitas inovações nos cuidados primários à saúde. Por isso, a sua implantação envolve mudanças culturais profundas na ESF.

A cultura significa as atitudes, os valores e os comportamentos que caracterizam singularmente uma dada organização. De certa forma, a cultura organizacional responde à questão: o que é realmente importante aqui? A resposta a essa pergunta permite uma compreensão melhor de como as coisas funcionam, ou não, numa organização e de como reforçar certas atitudes e comportamentos para a consecução das mudanças desejadas ⁽¹¹⁴⁸⁾.

No ambiente de uma organização de saúde convivem diferentes culturas, ou seja, há subculturas dentro de uma cultura. Por exemplo, os médicos estão concentrados nos diagnósticos e tratamentos, os enfermeiros no cuidado das pessoas usuárias, o gestor na ordem burocrática, os assistentes sociais na proteção social etc. Dentro das subculturas há modos tácitos, estabelecidos e aceitos, de condutas e práticas que criam um ambiente seguro e familiar que promove o *status quo* e a noção de afiliação grupal. Um sentido de pertencimento a um grupo social é inerente à necessidade humana e se nutre por meio de complexos processos sociais e culturais em que o principal veículo é o uso do ritual. O ritual é uma forma de ação simbólica que serve para comunicar informação sobre os valores e os padrões culturais. Em momentos de mudança os rituais que deram segurança já não são adequados e surgem a ameaça e a insegurança. Numa unidade da ESF poderia se fazer um exercício por meio de perguntas aos seus membros: Quantas culturas diferentes há na unidade?

Quais são os valores pessoais e profissionais? Como os membros da equipe reagem a uma proposta de um novo modelo de atenção às condições crônicas? Isso é importante porque um dos maiores desafios de um processo de mudança cultural é o desenvolvimento do respeito e do entendimento mútuo na equipe. Esse processo requer que se invista tempo e energia para desenvolver uma comunicação sólida e para conhecer o que pensam e que papéis desempenham na atenção à saúde os diferentes membros da equipe ⁽¹¹⁴⁹⁾.

As culturas estabelecidas resistem às ameaças do novo até que chegue um momento em que compreendem que a mudança é imperativa. A chave está em entender que o que uma vez foi novo se tornou tradicional e precisa ser renovado.

Há evidências de que a cultura organizacional não se automelhora de forma natural, mas que é aberta a mudanças deliberadas, bem planejadas e realizadas com liderança adequada. Handy, na sua teoria da correção cultural, diz que o importante é dispor da cultura correta, no lugar adequado e com o propósito oportuno ⁽¹¹⁵⁰⁾.

A implantação do MACC na ESF vai exigir mudanças deliberadas, bem definidas no modelo, e forte liderança para responder aos desafios do cuidado das condições crônicas. Mas isso coloca outra questão fundamental: como mudar a cultura organizacional?

Uma ferramenta interessante é a equação da mudança de Beckhard que diz que uma mudança só ocorre quando: $A+B+C>D$, sendo: A: a insatisfação com a situação atual; B: a visão de futuro; C: a clareza a respeito dos passos a serem adotados para a mudança; e D: as resistências naturais à mudança na organização ⁽¹¹⁵¹⁾.

Os líderes da mudança devem trabalhar de forma constante e simultânea em A, B e C para superar as resistências existentes. Isso significará na implantação do MACC: destacar os problemas e as características da ESF atual que limitam ou dificultam os cuidados com as condições crônicas (A); debater, identificar e propor uma cultura organizacional que se mostre efetiva para responder às condições crônicas das pessoas usuárias da ESF e que permita construir uma visão comum, de aceitação ampla, que permita fazer avanços (B); e trabalhar com todos os atores implicados no desenho e na implementação do MACC para dar os passos necessários, para consolidar os avanços e para conseguir, definitivamente, a transformação cultural ⁽¹¹⁴⁸⁾.

A essência da mudança cultural é construir capacidade para diagnosticar a situação presente, a fim de propor um futuro melhor, o MACC. Algumas ferramentas podem ser úteis para conscientizar a insatisfação com o *status quo* (A) e para difundir a visão

de futuro (B). Dentre elas mencionam-se as tipologias de culturas organizacionais, como a dos deuses da gestão ⁽¹¹⁵¹⁾ e a tipologia de Harrison ⁽¹¹⁵²⁾.

A análise das tipologias de mudanças culturais atuam sobre os componentes A e B da equação de Beckhard, mas não são suficientes para superar as resistências naturais à mudança, se não estão claros os passos a serem dados para a implantação do MACC. Nesse aspecto, é fundamental a construção de reforços positivos para a mudança que, partindo da liderança, lance uma mensagem clara de compromisso com a mudança e de que é isso o que realmente importa.

Duas dimensões são fundamentais para a mudança cultural: as mudanças nas pessoas e os aspectos sistêmicos ⁽¹¹⁴⁸⁾. As mudanças nas pessoas envolvem: processos de seleção, de integração, de gestão de competências, de incentivos e de gestão de desempenho alinhados com a missão. Nos aspectos sistêmicos importam os sistemas de informação e comunicação e os programas de qualidade.

A liderança é essencial na mudança da cultura organizacional. Kouzes e Posner ⁽¹¹⁵³⁾ identificaram cinco comportamentos-chave do líderes na gestão da mudança: criar uma visão compartilhada do futuro (item A da equação); desafiar a situação atual, assumindo os riscos de experimentar e inovar (item B da equação); modelar o caminho colocando-se como modelos de referência dos valores que promovem e tendo clareza sobre os passos a serem dados para atingir a visão (item C da equação); facilitar a ação da equipe e criar capacidades para o desenvolvimento de um projeto comum; e reconhecer os esforços de toda a equipe, estimulando-a a avançar e a celebrar os êxitos.

Uma liderança de mudança cultural deve ser capaz de conseguir uma resposta sincrônica e unívoca, das pessoas da organização, à pergunta "Que é o que realmente importa aqui?" ⁽¹¹⁴⁸⁾.

Uma pergunta-chave para a mudança cultural é: Por que mudar a cultura da organização? Essa pergunta pode ser seguida de outra: É possível planejar essa mudança? se for, cabe outra pergunta: Que tipo de mudança se fará e com que finalidade?

Algumas perguntas, dirigidas a uma equipe, ajudam a iniciar um processo de mudança na ESF: Como descrevem a cultura atual da ESF? Como essa situação atual pode ser afetada pela implantação do MACC? É necessário mudar a cultura prevalente? Se for, que mudanças deveriam ser feitas? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Uma cultura não existe no vazio, é uma entidade viva, estabelecida num contexto determinado e enraizada em pessoas. Uma equipe da ESF apresenta diferentes valo-

res, mitos, rituais e experiências passadas que devem ser reconhecidas e aceitas. Por isso, é importante, nos processos de mudança, respeitar o passado, viver o presente e trabalhar o futuro ⁽¹¹⁵⁵⁾.

A cultura organizacional deve estar atrelada à estratégia de mudança que oferece o contexto e a direção do trabalho. Bates ⁽¹¹⁵⁶⁾ propõe quatro tipos de estratégias de mudança: conformista, perpetua ou adapta a situação existente; deformadora, mina a situação existente; reformadora, busca eliminar a situação existente; e transformadora, passa da situação existente para outra situação. Essas estratégias podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas num processo de mudança cultural ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Há diferentes modelos de mudança como o modelo da transição, o modelo da mudança do desenvolvimento, o modelo da mudança transformacional e o modelo dos sistemas adaptativos complexos ⁽¹¹⁶⁰⁾. O modelo da transição faz-se por etapas: a compreensão da necessidade da mudança, o descongelamento; a transição que move os atores para um estado de planejamento; e a institucionalização do novo, o recongelamento. O modelo da mudança do desenvolvimento em que há o surgimento de um potencial de mudança que pode ser processado ou planejado. O modelo da mudança transformacional implica um passo desde a situação atual a algo totalmente novo em termos de estrutura, processos, cultura e estratégia e faz-se em fases: nascimento, crescimento, instabilidade estável, caos, morte e emergência. O modelo dos sistemas adaptativos complexos consiste em redes de atores que interatuam e em sistemas interconectados que apresentam como características a interdependência e a independência.

A estratégia e os valores constituem as principais alavancas que sustentam um processo de mudança cultural e, por essa razão, devem se complementar ⁽¹¹⁵⁷⁾.

Uma pergunta se segue: Se há que mudar, como fazê-lo? A resposta coloca a questão dos diferentes enfoques de mudança: o agressivo, poder coercitivo, centrado no conflito, impositivo, unilateral e com vencedores e vencidos; o conciliador, solução em grupo, atitude colaborativa e integrativa em que todos ganham; o corrosivo, político, busca coalisões, não planejado, informal e incrementalista; o doutrinador, normativo, reeducador, dirigido à formação ⁽¹¹⁵⁶⁾. Esses enfoques podem ser utilizados isoladamente ou combinados. Para muitos, a combinação desses enfoques está presente nas organizações que aprendem, conjuntos de indivíduos que aprimoram, seguidamente, sua capacidade criativa para desenvolver novas habilidades que levam a novas percepções que revolucionam crenças e opiniões. Uma organização que aprende deve operar num ambiente sem culpabilização, transparente, com boa comunicação entre seus membros, e com uma filosofia centrada nas pessoas, sejam

os membros da equipe, sejam, especialmente, as pessoas usuárias dos serviços de saúde ⁽¹¹⁵⁸⁾.

O processo de mudança implica a instituição de uma tensão criativa entre a situação atual em que se está e para aonde se quer ir, a visão. A liderança mediante a tensão criativa é diferente do estilo de liderança por meio da resolução de problemas. Na resolução de problema a energia para a mudança provém da intenção de modificar um aspecto da realidade atual que é indesejável. Na tensão criativa, a energia para a mudança vem da força da visão do futuro, o que se quer criar justaposto com a realidade atual ⁽¹¹⁵⁵⁾.

A liderança é um dos elementos mais importantes para conseguir a mudança numa organização. A liderança estabelece a visão, dá a direção e influi no crescimento do pessoal de maneira que possa aprender a aprender, a criar, a inovar e a assumir riscos para melhorar. Uma boa liderança baseia-se no que ela faz, mais do que no que fala; trata as pessoas como adultas e responsáveis; celebra e compartilha os êxitos; e considera os erros como oportunidades de aprendizado. A liderança é uma função de dupla direção e transformadora ⁽¹¹⁴⁹⁾.

A liderança para a mudança organizacional deve exercer um conjunto de funções: a de desenhista significa antecipar a visão e os valores e compreender como a pessoas desejam ser; a de maestro sugere estimular a equipe, incluindo-se, nela, desenvolver uma visão mais profunda da realidade atual; e a de gestor. Uma liderança desse tipo pode suscitar algumas questões que podem ser colocadas para a equipe da ESF: Onde estamos agora em relação aos cuidados das condições crônicas? Onde deveríamos estar? Como poderemos chegar ao MACC? ⁽¹¹⁵⁴⁾.

Nenhuma mudança cultural ocorrerá se não houver um trabalho em equipe. Aqui valem as considerações feitas anteriormente sobre o trabalho de equipes multiprofissionais na ESF.

Há evidências de que o melhor lugar para se produzir a mudança cultural é no nível local. Essa afirmativa se fundamenta na crença de que as pessoas e os grupos – como, por exemplo, as equipes da ESF –, são, de fato, os agentes reais da mudança porque conhecem as necessidades das pessoas usuárias, entendem o contexto em que atuam e, portanto, possuem uma riqueza de entendimento que se requer para a mudança e para saber como fazê-la ⁽¹¹⁶¹⁾. Uma pesquisa feita em 86 centros de saúde do NHS, no Reino Unido, mostrou que os programas de gestão da clínica foram mais eficazes quando aplicados no nível local, com base em projetos ⁽¹¹⁶²⁾.

A implantação do MACC na ESF é uma mudança cultural que se dará num microcosmo social, mas em organizações complexas. Para concretizá-la é necessário geri-la por meio de uma eficaz gestão de mudança porque a intensa função homeostática dentro das organizações de saúde tendem a mantê-las estáveis e a conservar o *status quo* ⁽¹¹⁵⁴⁾.

A gestão de mudança são processos, ferramentas e técnicas para gerenciar os vários aspectos desenvolvidos em um processo de mudança a fim de que os resultados positivos previstos sejam atingidos e da forma mais eficaz possível. O objetivo da gestão de mudança é ter uma abordagem equilibrada dos aspectos técnicos e organizacionais visando a minimizar as possíveis resistências e a obter uma transformação mais eficaz, completa e em menor tempo ⁽¹¹⁶³⁾.

Não obstante a existência de muita literatura sobre a gestão de mudança, predomina entre os teóricos a opinião de que não existe nenhuma fórmula mágica para efetuar mudança. A chave para manejar a mudança eficaz é compreender que os programas de mudança não têm um fim em si mesmos e que devem levar em consideração os atores organizacionais e o contexto em que operam ⁽¹¹⁴⁹⁾.

Kisil ⁽¹¹⁶⁴⁾, num manual para mudanças organizacionais na saúde, dirigido a Secretarias Municipais de Saúde, define um modelo de mudança organizacional que contém seis elementos: conhecer as razões da mudança, gerenciar o processo de mudança, realizar um diagnóstico organizacional, definir a direção da mudança, estabelecer um plano estratégico de mudança e monitorar e avaliar o processo de mudança.

Seja qual for a mudança é um processo que necessita ser gerenciado. Em geral, é necessário montar uma equipe para o gerenciamento da mudança que tenha as seguintes capacidades: usar eficientemente seu conhecimento e suas informações; ser criativa; trabalhar em equipe; projetar o futuro; ser flexível e adaptar-se facilmente aos novos processos; motivar as pessoas envolvidas; ter ótima comunicação; e ser capaz de assumir riscos e solucionar conflitos ⁽¹¹⁶⁴⁾.

A equipe de liderança do processo de mudança deve começar com um diagnóstico organizacional, a fim de conhecer a situação presente. No caso, deveria ser feito um diagnóstico da situação dos cuidados de condições crônicas na ESF.

Para a realização desse diagnóstico pressupõe-se que: o objetivo de realizá-lo esteja claro; os recursos para efetivá-lo estejam definidos; o conjunto de variáveis a serem estudadas sejam conhecidas; a profundidade do estudo esteja determinada;

o tempo esteja estabelecido; o grupo de condução tenha conhecimentos técnicos; o diagnóstico seja aprovado pelo nível estratégico da organização ⁽¹¹⁶⁴⁾.

No caso da implantação do MACC, o diagnóstico organizacional pode utilizar certas ferramentas que foram desenvolvidas para definir a capacidade de cuidar das condições crônicas nas organizações de saúde e que tem sido utilizadas na APS. Destacam-se, dentre elas, propostas pelo CCM, o diagnóstico na perspectiva da equipe, o ACIC, *Assessment of Chronic Illness Care*, e o PACIC, *Patient Assessment of Chronic Illness Care* ⁽²⁸⁸⁾.

O ACIC é um instrumento desenvolvido pelo Serviço de Saúde Indígena dos Estados Unidos destinado a ser aplicado na equipe de saúde, no caso equipe da ESF, para: identificar áreas para melhoria na atenção às condições crônicas antes de iniciar um trabalho de implantação do MACC; e monitorar e avaliar a natureza das melhorias alcançadas em função da implantação do modelo. O ACIC é um questionário que tem sete partes definidas pelo CCM: a organização da atenção à saúde; os recursos da comunidade; o suporte às decisões; o desenho do sistema de prestação de serviços; o sistema de informação clínica; e a integração dos componentes do CCM. Essa ferramenta permite obter um escore final que mostra a capacidade da equipe de saúde de cuidar das condições crônicas. Um escore de 0 a 2, capacidade limitada; um escore de 3 a 5, capacidade básica; um escore de 6 a 8, capacidade razoavelmente boa; e um escore de 9 a 11, capacidade ótima.

O PACIC é uma ferramenta que mede a qualidade da atenção às condições crônicas, na perspectiva das pessoas usuárias. É um questionário breve, composto por 25 questões, respondido pelas pessoas usuárias para avaliar a extensão em que essas pessoas recebem cuidados para suas condições crônicas, alinhadas com os supostos do CCM. As questões envolvem áreas como plano de cuidado, proatividade das pessoas no cuidado, intervenções sobre fatores de risco ligados a comportamentos e estilos de vida, respeito aos valores das pessoas, autocuidado, acesso a especialistas e monitoramento do cuidado. Para cada questão existe uma escala: quase nunca, geralmente, algumas vezes, a maior parte das vezes e quase sempre.

Esses instrumentos foram validados nos Estados Unidos e em diferentes países (Alemanha, Dinamarca, Espanha, França, Holanda, Japão e Tailândia). Estudos mostraram evidências de que eles permitem medir a qualidade da atenção às condições crônicas ^(1166, 1167, 1168, 1169, 1170).

Esses instrumentos, na versão brasileira, estão em fase de validação transcultural na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, como parte do Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas na APS que se desenvolve naquele município ⁽¹¹⁷¹⁾.

Uma vez completado o diagnóstico organizacional, deve-se definir a direção da mudança: ter claro o porquê e o rumo da mudança. No caso, é a implantação do MACC na ESF. Essa é uma mudança que tem foco na cultura organizacional que, de modo geral, é orientada para a atenção às condições e aos eventos agudos, e nos processos clínicos.

O próximo passo é definir a estratégia de mudança. Há várias estratégias que se utilizam na mudança organizacional: estratégia de concentração, estratégia de estabilidade, estratégia de crescimento e estratégia de redução de despesas⁽¹¹⁶⁴⁾. No caso da implantação do MACC na ESF, deve-se adotar a estratégia de concentração que significa a concentração dos esforços organizacionais na prestação de cuidados primários por meio da ESF.

O processo de mudança deve ser monitorado e avaliado. No caso da implantação do MACC na ESF podem ser utilizados, também no monitoramento, as ferramentas ACIC e PACIC.

Uma avaliação mais rigorosa vai envolver o desenho de uma pesquisa avaliativa. Nesse aspecto é fundamental contar com indicadores de condições crônicas que tenham evidência de que avaliam efetivamente as mudanças que se pretendem com a aplicação do MACC. Os indicadores devem ser estabelecidos em termos de estrutura, processos e resultados, mas deve se cuidar para que esses indicadores estejam balanceados, ou seja, que mudanças numa parte do sistema de atenção à saúde não irão causar problemas em outras partes desse mesmo sistema⁽¹¹⁷²⁾.

A implantação do MACC na ESF é uma mudança significativa, mas não se trata de uma mudança organizacional ampla. É uma mudança específica e identificável que se dá no nível local de uma SMS de Saúde, nos cuidados primários à saúde.

O Boxe 31 mostra os indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação ao diabetes.

Boxe 31: Indicadores de avaliação da implantação do MACC em relação à condição crônica de diabetes

Um programa de controle do diabetes, realizado de conformidade com o MACC, deve selecionar, a partir do registro clínico de toda a subpopulação portadora dessa condição, numa equipe da ESF, os indicadores que serão medidos, periodicamente, para avaliar o programa.

Portador de diabetes é definido como aquela pessoa que teve o diagnóstico de diabetes tipos 1 ou 2, conforme a CID.

Os indicadores de resultados podem ser medidos em termos de resultados finais (*outcomes*), por exemplo, redução da mortalidade por diabetes, ou em termos de produtos (*outputs*), como a redução da hemoglobina glicada.

Para se atingirem os resultados definidos, há que se organizarem vários processos-chave, referidos aos elementos do MACC. O monitoramento desses indicadores de processo dirão se as mudanças conduziram a uma atenção à saúde de melhor qualidade e se agregaram valor para as pessoas.

Alguns indicadores para avaliar a implantação do MACC em diabetes são:

- Média de hemoglobina glicada: valor médio igual ou menor que 7%;
- Portadores de diabetes com dois exames de hemoglobina glicada nos últimos doze meses: valor maior que 90%;
- Plano de autocuidado realizado nos últimos doze meses: valor maior que 70%;
- Uso de aspirina ou outro agente trombolítico: valor maior que 80%;
- Portadores de diabetes com pressão arterial inferior a 130/80: valor maior que 40%;
- Portadores de diabetes com LDL inferior a 100: valor maior que 70%;
- Portador de diabetes tabagista: valor inferior a 12%;
- Portador de diabetes com exame oftalmológico anual: valor maior que 90%;
- Portador de diabetes com exame dos pés anual: valor maior que 90%.

Fonte: Improving Chronic Illness Care ⁽¹¹⁷²⁾, um programa apoiado pela The Robert Wood Johnson Foundation com assistência técnica de Group Health Cooperatives MacColl Institute for Healthcare Innovation

Um exemplo de avaliação da implantação do MACC na ESF é o do Laboratório Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS, conduzido pela SMS de Curitiba, com o apoio do Departamento de Epidemiologia da PUC Paraná ⁽¹¹⁷³⁾. Nessa pesquisa, um estudo quase-experimental, definiram-se doze unidades da ESF, sendo seis experimentais e seis controle que serão validadas longitudinalmente. Há, ainda, uma unidade da ESF piloto em que se estão testando vários instrumentos de intervenção do MACC.

Há diferentes técnicas que ajudam a gestão da mudança nas organizações: a reengenharia de processos, a gestão da qualidade total, a melhoria contínua da qualidade, a metodologia de sistemas leves e o modelo de excelência dos negócios ⁽¹¹⁴⁹⁾. Aqui se vai considerar o modelo da melhoria, implantado sob a forma de um projeto colaborativo.

O PROJETO COLABORATIVO

A implantação do MACC na ESF pode ser feita por várias maneiras, mas sugere-se que seja realizada por processos de mudança deliberados, assentados em tecnologias de educação potentes.

Uma proposta sólida de implantação de modelos para condições crônicas é a da Série de Avanços Inovadores, desenvolvida, a partir de 1995, pelo *Institute for Healthcare Improvement*, com base num processo de mudança ⁽¹¹⁷⁴⁾. Esse modelo, em contínuo aperfeiçoamento, estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de distintas organizações de saúde.

O modelo dos avanços inovadores pode ser aplicado na implantação do MACC na ESF. Uma série completa de aprendizagem pode durar de seis a quinze meses e pode envolver muitas equipes da ESF, de uma mesma ou de várias SMSs, para buscar melhorias em temas de interesse comum. Cada um dos projetos se denomina de Projeto Colaborativo.

A concepção básica do processo está, de um lado, numa combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças. Para que mudanças ocorram é necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais, estruturadas por princípios educacionais sólidos de capacitação de adultos, com períodos de dispersão pós-oficina. Nos períodos presenciais, as diferentes equipes da ESF – que podem variar de dez a mais de cem –, se reúnem para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão, nos quais os membros de cada equipe retornariam a suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina.

Uma avaliação com líderes da área de saúde, nos campos clínico, político e de gestão, permitiu identificar os fatores-chave para identificar os campos de mudanças: a prática clínica atual não está alinhada com o conhecimento científico disponível; algumas melhorias poderiam produzir resultados claramente positivos ao incrementar a qualidade dos serviços e ao reduzir os custos da atenção à saúde; e a possibilidade de uma melhoria importante deve ter sido constatada em, pelo menos, uma organização sentinela. A aplicação desses critérios levou à identificação de áreas prioritárias de mudança: os cuidados primários como atenção à asma, à dor lombar, a eventos adversos de medicamentos, a práticas de prescrição dos médicos, a redução dos tempos de espera etc.

A Série de Avanços Inovadores apresenta cinco elementos essenciais: a seleção do tema, o recrutamento dos facilitadores, a definição das organizações participantes e de seus membros, as oficinas presenciais e os períodos de dispersão.

A seleção faz-se sobre temas que estejam maduros para melhorar, no caso a atenção às condições crônicas na ESF. Recrutam-se entre cinco a quinze profissionais com capacidade de facilitar o processo educacional, envolvendo especialistas em educação e em clínica, bem como profissionais de experiências bem-sucedidas; um desses facilitadores vai coordenar o Projeto Colaborativo. As organizações participantes são definidas e devem indicar uma equipe multiprofissional com capacidade de aprendizagem, de implantação de um projeto-piloto e de extensão do piloto em maior escala. As oficinas presenciais são intervenções educacionais que envolvem os facilitadores e as equipes da ESF das diferentes organizações participantes do projeto. Os períodos de dispersão são as intervenções que devem ser realizadas nesse tempo e que foram planejadas nas oficinas presenciais, tendo obrigatoriamente de trabalhar com indicadores que meçam as mudanças pretendidas. Todo trabalho é acompanhado por informes mensais de medição dos impactos de mudanças que são compartilhados por todos os participantes de todas as organizações, especialmente num ambiente *web*.

O MODELO DE MELHORIA

Os participantes de um Projeto Colaborativo operam com um Modelo de Melhoria (MM) para implementar as mudanças.

O MM está associado a um conceito importante de microssistemas clínicos que são definidos como um pequeno grupo de pessoas que trabalham juntas, de forma regular, para prover cuidados e indivíduos que recebem esses cuidados e que são reconhecidos como uma subpopulação discreta de pessoas. Esse microssistema clínico é o lugar de encontro entre profissionais de saúde, pessoas usuárias e suas famílias ⁽¹¹⁷⁵⁾.

O conceito de microssistemas clínicos vem da constatação empírica de que as organizações bem-sucedidas focam-se em pequenas unidades replicáveis que co-nectam a sua competência central em benefício dos clientes ⁽¹¹⁷⁶⁾.

Um microssistema clínico tem uma população com necessidades, processos interligados, um ambiente de informações compartilhadas e produz serviços que devem ser medidos em termos de resultados de desempenho. Esses microssistemas evoluem ao longo do tempo e pertencem a uma grande organização. Como qualquer sistema vivo

adaptativo, o microsistema clínico deve fazer seu trabalho, satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde e de sua população e manter uma unidade clínica ⁽⁸⁵⁵⁾.

Num microsistema clínico o *input* são pessoas com necessidades, que são atendidas por uma equipe de saúde por meio de processos clínicos, sendo o *output* pessoas com necessidades atendidas. Aplicado ao cuidado de condições crônicas na ESF, o microsistema clínico tem uma subpopulação adscrita de portadores de condições crônicas que é cuidada, segundo estrutura e processos definidos no MACC, por uma equipe multiprofissional, para ter suas necessidades atendidas.

O microsistema clínico é parte de uma macro-organização que o contém. Uma equipe da ESF constitui um microsistema clínico que é parte de uma macro-organização, uma Secretaria Municipal de Saúde.

O foco em um microsistema clínico é fundamental para a prestação de cuidados de forma efetiva, eficiente e com base nas necessidades da população a ele adscrita. Pesquisas demonstraram que há que se construir uma capacidade para lidar com os microsistemas clínicos, o que envolve: reconhecer a unidade de trabalho como microsistema; estabelecer prioridades que balanceem as necessidades da macro-organização e dos microsistemas; gerenciar as mudanças; envolver toda a equipe; e coordenar dentro e dentre diversos microsistemas. Tudo isso pode ser facilitado pela adoção do MM ⁽¹¹⁷⁷⁾.

O MM parte de um suposto de que mudanças organizacionais não ocorrem a menos que alguém tome a iniciativa e que devem ter um impacto positivo e significativo ao longo do tempo. É importante saber que toda melhoria requer mudança, mas que nem toda mudança resulta em melhoria ⁽¹¹⁷⁸⁾.

O conceito de melhoria é da sua utilidade estabelecida por características como mais rápido, mais fácil, mais eficiente, mais efetivo, mais barato, mais seguro etc. Assim, mudanças resultam em melhorias quando: alteram a maneira como o trabalho ou a atividade é feita ou a composição de um produto; produzem diferenças visíveis e positivas nos resultados referentes a padrões históricos; e têm um impacto duradouro ⁽¹¹⁷⁸⁾.

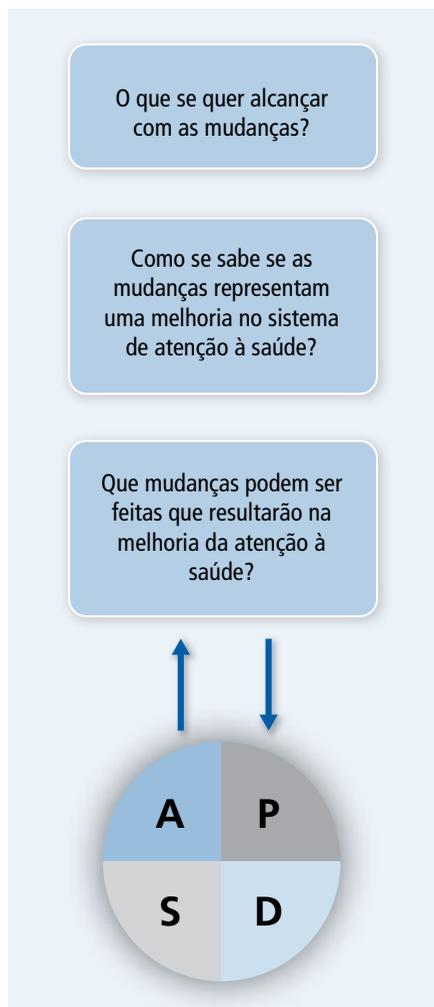
O MM estrutura-se com base em cinco princípios centrais de melhoria. Os dois princípios iniciais de melhoria são entender por que se precisa mudar e dispor de um sistema que mostre que a melhoria está ocorrendo. Muitas mudanças são, simplesmente, fazer mais do mesmo. O terceiro princípio é desenvolver uma mudança que resultará em melhoria, o que implica saber se a mudança proposta levará a uma melhoria real. O quarto princípio é testar uma mudança antes de implementá-la

em escala, planejando o teste, executando-o, analisando os resultados, resumindo o que foi aprendido e decidindo qual a ação justificada com base no que foi aprendido com o teste. Esse é um princípio difícil de ocorrer no sistema público de saúde brasileiro porque, em geral, há uma resistência enorme à implantação de projetos-piloto, especialmente por parte de gestores políticos. O quinto princípio é implementar a mudança. O grande risco da implementação é que a mudança não seja sustentável ⁽¹¹⁷⁸⁾.

O MM define uma estrutura para operacionalizar os seus cinco princípios centrais; três questões fundamentais que direcionam as melhorias e o ciclo PDSA. As três questões, aplicadas ao campo da saúde, são: O que se quer alcançar com as mudanças? Como se sabe se as mudanças representam uma melhoria na atenção à saúde? Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? Essas três questões dizem respeito aos três primeiros princípios centrais do MM. Elas podem ser respondidas em qualquer ordem ⁽¹¹⁷⁹⁾.

O MM está representado na Figura 23.

Figura 23: O Modelo de Melhoria



Fonte: Associates in Process Improvement ⁽¹¹⁷⁹⁾

A pergunta: O que se quer alcançar com as mudanças? implica uma definição, por escrito, dos objetivos que se deseja alcançar em relação a uma determinada população, da expressão desses objetivos em indicadores medíveis e da montagem de um sistema de monitoramento desses indicadores para verificar se as mudanças implantadas levaram aos resultados desejados. A pergunta: Como se sabe se a mudança representa uma melhoria da atenção à saúde? exige uma resposta que mostre que os objetivos e os indicadores definidos significam componentes-chave

da atenção à saúde e se há um monitoramento adequado desses indicadores, pelo menos, em cinco medições. A pergunta: Que mudanças podem ser feitas que resultarão na melhoria da atenção à saúde? é respondida pela análise de sua coerência com os elementos do MACC e com quatro critérios: Elas contribuem para a melhoria da atenção às condições crônicas na ESF? Elas englobam intervenções efetivas de mudanças de comportamento na ESF? Elas envolvem o autocuidado apoiado na ESF? Elas monitoram as metas definidas nos planos de cuidado na ESF? ⁽¹¹⁷⁹⁾

Colocadas as três questões será utilizado o ciclo PDSA para facilitar a implantação das mudanças identificadas.

O ciclo PDSA foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming em 1950, por ter sido amplamente difundido por esse autor. É uma técnica simples que visa o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para o gerenciamento das atividades de uma organização. Compõe-se de um conjunto de ações numa sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (*plan*: planejar: O quê? Por quê? Quem? Onde? Quando? Como coletar os dados?), D (*do*: fazer, executar: executar o plano, documentar problemas e soluções e iniciar a análise dos dados), S (*study*: estudar, completar a análise dos dados, comparar os dados com as previsões, sintetizar o aprendizado), e A (*act*: agir, atuar corretivamente: Que mudanças devem ser feitas? Qual o próximo ciclo?).

O ciclo PDSA é um instrumento para o conhecimento e a ação. Ele é usado no MM para construir conhecimento que ajude a responder a qualquer uma das três questões essenciais do modelo, testar e implementar uma mudança. O MM constitui uma abordagem interativa de tentativa e aprendizagem para a melhoria, o que convoca um ciclo interativo de aprendizagem. Podem ocorrer melhorias sem o PDSA, mas mudanças intencionais e complexas, como a implantação do MACC na ESF, em geral, requerem mais de um ciclo desse instrumento. É desejável que sejam implantados ciclos sequenciais de PDSA, iniciando-se em pequena escala para reduzir os riscos e ir gradativamente ampliando as mudanças. No caso da implantação do MACC na ESF certamente serão utilizados ciclos sequenciais ⁽¹¹⁷⁸⁾.

No MM, a finalização de cada ciclo do PDSA leva, imediatamente, ao início de um novo ciclo pela equipe que está conduzindo as mudanças que deve responder a questões como: O que funcionou e o que não funcionou? O que deve ser introduzido, o que deve ser mudado e o que deve ser descartado? Frequentemente, uma equipe testa mais de uma mudança ao mesmo tempo, o que exige a implantação de vários ciclos simultaneamente.

O Boxe 32 mostra uma planilha que facilita a utilização do MM.

Boxe 32: Planilha do Modelo de Melhoria

Nome da equipe: _____

Membros da equipe: _____

1. Líder: _____ 5. _____

2. Facilitador: _____ 6. _____

3. _____ 7. _____

4. _____ 8. _____

Coach: _____ Dia e horário da reunião: _____ / _____

Local: _____

Planejamento da mudança

As questões 1 a 3 são questões macro e as questões 4 a 9 são questões mais específicas

1. OBJETIVO: O que queremos alcançar?

2. INDICADORES: Como sabemos que uma mudança é uma melhoria?

3. MUDANÇAS POSSÍVEIS: Que mudanças devemos fazer que levarão a melhorias?

4. PLANEJAR: Como planejamos o projeto-piloto? Quem faz o que e quando? Que recursos, instrumentos e capacitações são importantes? Quais são os dados de linha de base a serem coletados? Como sabemos que a mudança constituirá uma melhoria?

Tarefas a serem desenvolvidas para provocar a mudança	Quem	Quando	Recursos, instrumentos e capacitações necessárias	Indicadores

5. FAZER: O que estamos aprendendo com o projeto-piloto? O que aconteceu quando fizemos o projeto-piloto? Que problemas foram encontrados? Que surpresas foram detectadas?

6. CONTROLAR: O que aconteceu no nosso estudo? O que nós aprendemos? O que os indicadores mostram?

Boxe 32: Planilha do Modelo de Melhoria

7. **ATUAR:** Em função dos resultados obtidos o que necessitamos realizar? As mudanças devem ser modificadas? Façamos um plano para o próximo ciclo de mudança.

8. **PADRONIZAR:** Uma vez que o resultado do PDSA levou a uma boa prática deve-se padronizá-la. Isso significa que a nova prática será introduzida na rotina cotidiana da organização até que a necessidade de uma nova mudança seja identificada.

9. **TRADE-OFFS:** O que ajudou a equipe no passado para mudar comportamentos e fazer as coisas certas? Que tipo de ambiente organizacional tem dado suporte à padronização das mudanças? Na introdução da nova prática foram considerados os comportamentos, as atitudes e os valores dos profissionais de saúde?

Fonte: Adaptado de Dartmouth Medical School/Center for the Evaluative Clinical Sciences/Institute for Healthcare Improvement⁽⁸⁵⁵⁾

Alguns instrumentos podem ser utilizados como suportes ao PDSA. No planejar (P) podem ser úteis a utilização de mapa estratégico, diagrama de causa e efeito ou diagrama espinha de peixe, diagrama de Pareto, grau de evitabilidade, matriz 5W2H e mapeamento de processos. No fazer (D), os fluxogramas e a matriz de operacionalização de processo crítico. No estudar (S), as folhas de verificação, as cartas de controle e a matriz para monitoramento de processos. No atuar (A), a matriz para avaliação de resultados⁽¹¹⁸⁰⁾.

As melhorias alcançadas devem ser disseminadas, o que significa levá-las para serem implementadas em outras organizações. Para isso é necessário dispor de uma estrutura para disseminação que envolve: uma liderança forte; uma descrição das ideias a serem disseminadas e das evidências que fundamentam essas melhores ideias; um plano de disseminação que envolva um plano de comunicação, um plano de medição e um plano de trabalho; um sistema social, fundamentado na comunicação, que atraia adeptos e compartilhe os conteúdos técnicos necessários para realizar as melhorias; um sistema de medição e *feedback* e de gestão do conhecimento para monitorar o trabalho de disseminação e para facilitar a outras organizações a adoção das melhorias⁽¹¹⁷⁸⁾.

Para que o MM opere, algumas habilidades são imprescindíveis nas pessoas que participam do processo, especialmente da equipe de condução. É fundamental ter conhecimento específico sobre o tema da mudança. No caso, é essencial que as pessoas envolvidas dominem o MACC e os princípios da ESF. Mas há outros conhecimentos fundamentais: apoio à mudança com dados: Como utilizar dados para orientar a melhoria?; desenvolvimento de mudanças: O que se deve considerar quando se desenvolve uma mudança com impacto positivo de longo prazo?; teste de mudança: Por que testar uma mudança?; implementação de mudanças: O que se pode fazer para ter um impacto positivo de longo prazo?; disseminação de melho-

rias: Como ampliar o impacto de uma mudança bem-sucedida?; e o lado humano da mudança: Como as mudanças afetarão as pessoas? ⁽¹¹⁷⁸⁾.

Conhecimentos de como realizar mudanças são importantes. Deming propôs o sistema de conhecimento profundo em que interagem a visão sistêmica, o conhecimento da variação, a teoria do conhecimento e a psicologia relacionada aos aspectos humanos da mudança ⁽¹¹⁸¹⁾.

A implantação do MM na ESF pode ser feita por três oficinas presenciais, seguidas de períodos de dispersão de implantação das mudanças propostas no mundo real da ESF.

A oficina 1 tem como objetivos discutir o MM, apresentar o MACC e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão efetivadas no período de dispersão. A oficina 2 tem como objetivos aprofundar os níveis do MACC, com ênfase nos níveis 2, 3, 4 e 5 e alguns de seus elementos trazidos do CCM: desenho do sistema de prestação de serviços, suporte às decisões, sistema de informação clínica e autocuidado apoiado, implementar o sistema de monitoramento e avaliação das mudanças, detalhar o elemento dos recursos da comunidade, introduzir o conceito de disseminação das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão. A oficina 3 busca redefinir os planos para a melhoria da atenção às condições crônicas, implementar as estratégias de disseminação das mudanças, escolher e trabalhar tópicos clínicos-chave de sustentação das mudanças e preparar os ciclos de implantação das mudanças que serão feitas no período de dispersão.

As ações planejadas nas oficinas presenciais são implementadas por meio dos ciclos do PDSA.

Os resultados da aplicação do Modelo de Melhoria, em conjunto com uma filosofia educacional de "todos ensinam, todos aprendem", em centenas de Projetos Colaborativos aplicados em vários países, são muito favoráveis em relação a: redução de efeitos adversos de medicamentos, controle da hipertensão, controle de gestantes de alto risco, controle glicêmico em portadores de diabetes, redução do tempo de espera na APS, tratamento do câncer, controle da tuberculose, cuidados intensivos e redução de custos da atenção à saúde ^(1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191).

A metodologia de avanços inovadores, em combinação com a filosofia "todos ensinam, todos aprendem", produziu resultados impressionantes em muitos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa ⁽¹¹⁷⁴⁾. A organização *OSF Healthcare* reduziu os eventos adversos de medicamentos em 75%. O *Bureau of*

Primary Care dos Estados Unidos implantou um projeto colaborativo que cobriu 12 milhões de americanos, o que resultou no crescimento, nessa população, da meta nacional dos testes de hemoglobina glicada de 300%. O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido lançou um projeto de melhoria que atingiu aproximadamente dois mil centros de saúde, com cobertura de 18,2 milhões de pessoas usuárias, o que permitiu reduzir as listas de espera em 60%. A metodologia foi aplicada pelo *Partners in Health*, no Peru, o que incrementou o nível de cura de pessoas portadoras de tuberculose para 80%, muito superior à média nacional.

O Boxe 33 mostra a utilização de um ciclo PDSA na implantação do modelo de atenção crônica utilizando-se o Modelo de Melhoria.

Boxe 33: Um exemplo de utilização de um ciclo de PDSA no Centro de Saúde Rocky Road

P: A equipe de saúde do Centro de Saúde entendeu que a introdução de um registro dos portadores de diabetes poderia aumentar o percentual de pessoas com teste de hemoglobina glicada realizado rotineiramente. Elaboraram protocolos clínicos para o monitoramento da glicemia por meio de hemoglobina glicada e de autocuidado em termos de monitoramento da glicemia.

D: O registro dos portadores de diabetes foi desenvolvido e testado durante duas semanas por enfermeiros e por portadores da condição de saúde que aceitaram participar. Para isso, foi necessário revisar o sistema de informação clínica sobre diabetes.

S: O tempo gasto para completar as informações dos portadores de diabetes aumentou de um para dois minutos e o tempo para entrar com esses dados no sistema de informação clínica foi de três minutos adicionais. O tempo de espera dos portadores de diabetes, com o novo sistema, aumentou em oito minutos. Entre os portadores de diabetes apenas metade apresentavam bons níveis de hemoglobina glicada; após a introdução das mudanças, todos os portadores apresentavam bons resultados.

A: Após uma reunião com o diretor do Centro, introduziram-se mudanças no sistema de registro dos portadores de diabetes, o que foi feito buscando-se uma solução desenvolvida por uma rede de Centros de Saúde de outro estado. Foi feita, também, uma revisão no registro dos portadores de diabetes para diminuir o tempo gasto com o novo sistema.

Fonte: Health Disparities Collaboratives ⁽³⁴⁶⁾

O DESENHO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO MACC NA ESF

O processo de implantação do MACC na ESF deverá ter, numa organização particular, uma estrutura de um projeto, já que terá uma duração finita no tempo.

É fundamental organizar as equipes que vão trabalhar no projeto ⁽¹¹⁹²⁾. Há que se escolherem as pessoas certas. Essas pessoas devem representar diferentes partes da

organização. Equipes efetivas devem ter três diferentes tipos de expertise: liderança senior, expertise técnico e liderança do dia-a-dia.

A estrutura de um projeto pode ser a mostrada na Figura 24.

1. Grupo de condução do projeto

Será constituído por servidores seniores da SMS que tenham responsabilidades políticas e/ou conhecimentos sobre os programas de atenção às condições crônicas.

2. Grupos programáticos

Será constituído por grupos de servidores da SMS, de diferentes níveis, que tenham responsabilidades e/ou conhecimentos sobre cada um dos programas relativos às condições crônicas selecionadas, nos diversos âmbitos institucionais (por exemplo, central, distrital e local). Além disso, esses servidores deverão ter algum expertise em medicina baseada em evidência e em elaboração de diretrizes clínicas. Esses grupos poderão ser organizados por grandes temas de condições crônicas como: doenças cardiovasculares, diabetes e doenças renais crônicas; doenças respiratórias crônicas; atenção às pessoas idosas etc. Esses grupos comporiam a estrutura vertical do projeto.

Esses grupos programáticos terão como funções principais rever as diretrizes clínicas das condições de saúde selecionadas, com base em evidências científicas, adaptando-as às demandas singulares do modelo de atenção às condições crônicas. A partir das diretrizes clínicas revisadas, o grupo deverá desenhar o programa e seus indicadores e definir os modelos de monitoramento e avaliação. Ademais, deverão estabelecer parâmetros de programação de base populacional que orientarão a programação.

3. Grupos temáticos

Serão constituídos por grupos de servidores da SMS que tenham responsabilidades e/ou conhecimentos sobre cada um dos elementos fundamentais do MACC, nos diversos âmbitos institucionais (por exemplo, servidores dos níveis central, distrital e local).

Poderiam ser identificados, em função do modelo teórico a ser aplicado, os seguintes grupos temáticos:

- Grupo de promoção da saúde. Esse grupo trabalhará o nível 1 do MACC;
- Grupo de prevenção das condições de saúde. Esse grupo trabalhará o nível 2 do MACC;

- Grupo de tecnologias da psicologia relativas a mudanças de comportamentos. Esse grupo trabalhará tecnologias de mudança de comportamento que são fundamentais para o manejo das condições crônicas no MACC;
- Grupo de desenho do sistema de prestação de serviços. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de autocuidado apoiado. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de sistema de informação clínica. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM;
- Grupo de educação permanente e educação em saúde. Esse grupo trabalhará o elemento de apoio às decisões do CCM e poderá se dividir em dois subgrupos se entender mais operativo;
- Grupo de relações com a comunidade. Esse grupo trabalhará esse elemento específico do CCM.

Esses grupos temáticos deverão desenvolver, a partir de trabalhos já em execução na organização ou de modelos de outras organizações, as propostas de intervenções nesses elementos do modelo de atenção às condições crônicas, adaptados às condições locais da SMS.

4. Consultores externos

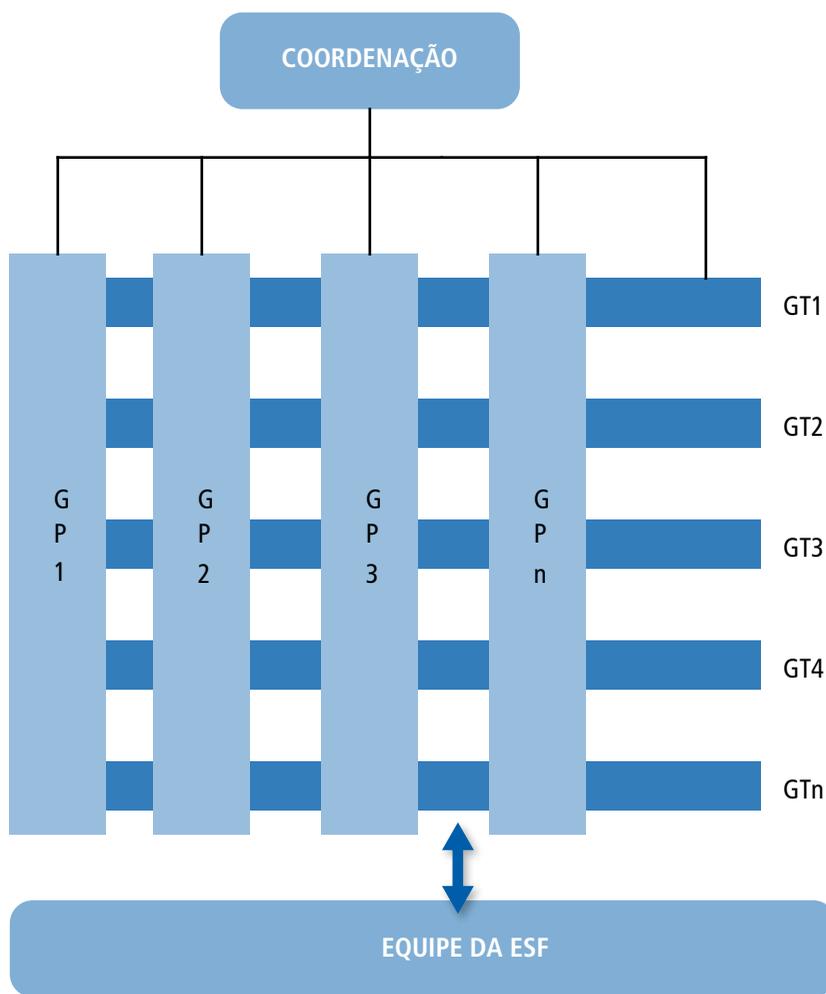
Como algumas intervenções propostas pelo MACC implicam fortes mudanças nos modelos em operação e não têm sido, ainda, introduzidas e avaliadas no SUS, em certos elementos do MACC poderão ser úteis o apoio de consultores externos com expertise em temas específicos.

A necessidade de ajuda de consultores externos deve ser avaliada pela organização tendo em vista que implicam gastos adicionais.

5. Equipes locais

As equipes locais são as equipes da ESF e que se responsabilizarão – com o apoio dos grupos de condução, grupos programáticos, grupos temáticos e consultores externos, se houver – pela implantação do MACC. Essas equipes devem ser multiprofissionais e devem envolver técnicos das áreas clínica, de suporte e administrativa.

Figura 24: Estrutura do projeto de desenvolvimento e implantação do MACC



GP: Grupo Programático
GT: Grupo Temático

O CHECK LIST DO MACC NA ESF

Para verificar se um projeto está adequado para a implantação do MACC na ESF pode ser útil a utilização de um *check list* construído a partir dos elementos fundamentais do modelo.

1. DIRETRIZES CLÍNICAS

- 1.1. Elaboração ou revisão da diretriz clínica da condição crônica, com estratificação de riscos
- 1.2. Elaboração do plano de implantação da diretriz clínica na ESF
- 1.3. Elaboração da planilha de programação com base em parâmetros epidemiológicos e sua introdução na diretriz clínica
- 1.4. Seleção de eventos sentinelas relativos à condição crônica
- 1.5. Desenho do sistema de monitoramento e avaliação do programa de controle da condição crônica

2. PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- 2.1. Elaboração/revisão e implantação do programa antitabágico na ESF
- 2.2. Elaboração/revisão e implantação do programa de reeducação alimentar na ESF
- 2.3. Elaboração/revisão e implantação do programa de atividade física na ESF
- 2.4. Elaboração/revisão e implantação do programa de controle do álcool na ESF
- 2.5. Elaboração/revisão e implantação do programa de manejo do estresse na ESF

3. GRUPO DE TECNOLOGIAS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

- 3.1. Elaboração e publicação de manual sobre tecnologias de mudanças de comportamento
- 3.2. Implantação do manual sobre tecnologias de mudanças de comportamento na ESF

4. DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 4.1. Elaboração, a partir da diretriz clínica, da planta de pessoal da equipe da ESF para o trabalho multiprofissional
- 4.2. Elaboração e implantação na ESF da proposta da atenção compartilhada a grupo
- 4.3. Elaboração e implantação na ESF da proposta da atenção contínua
- 4.4. Elaboração e implantação na ESF da proposta de atenção por pares
- 4.5. Elaboração e implantação da proposta de trabalho conjunto de generalistas e especialistas

5. SISTEMA DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- 5.1. Modelagem e implantação de um prontuário familiar eletrônico na ESF
- 5.2. Incorporação no prontuário do registro de portadores da condição crônica por riscos
- 5.3. Incorporação no prontuário de registro de pessoas com tabagismo, com sobrepeso/obesidade, com inatividade física, com uso excessivo de álcool e com alimentação inadequada
- 5.4. Incorporação no prontuário do sistema de monitoramento da condição crônica

- 5.5. Incorporação no prontuário de campo para elaboração e monitoramento do plano de cuidado
- 5.6. Incorporação no prontuário de campo para a elaboração e monitoramento do plano de autocuidado
- 5.7. Revisão da capacidade do prontuário em dar alertas, lembretes e *feedbacks* em relação à condição crônica
- 5.8. Elaboração de estudo de viabilidade de um sistema de atenção eletrônica (acesso *online* a resultados de exame, prescrição *online* de medicamentos de uso contínuo, acesso *online* aos materiais educativos relativos à condição crônica
- 5.9. Elaboração/Revisão do cadastramento das famílias adscritas às equipes da ESF
- 5.10. Incorporação no prontuário dos instrumentos de abordagem familiar (classificação de risco familiar, genograma e outros)

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

- 6.1. Elaboração de uma proposta de educação permanente, com base na andragogia, realizada em tempo protegido, para as equipes da ESF.
- 6.2. Capacitação das equipes da ESF na diretriz clínica da condição crônica
- 6.3. Elaboração, com base na diretriz clínica, de material educativo para as pessoas usuárias portadoras da condição crônica

7. TELEASSISTÊNCIA

- 7.1. Definição do modelo de segunda opinião à distância, envolvendo generalistas e especialistas
- 7.2. Definição do modelo de atenção a distância (por exemplo, eletrocardiogramas)

8. AUTOCUIDADO APOIADO

- 8.1. Definição de modelo de plano de autocuidado
- 8.2. Elaboração de um sistema de apoio material dado pela equipe da ESF para o autocuidado em relação à condição crônica (medicamentos, equipamentos, recursos da comunidade etc.)
- 8.3. Elaboração de um sistema de monitoramento de plano de autocuidado apoiado pela pessoa portadora e pela equipe da ESF
- 8.4. Elaboração de *folders* tipo semáforo (com sinais verde, amarelo e vermelho) para o autocuidado relativo à condição crônica
- 8.5. Utilização rotineira de instrumento de avaliação da capacidade das pessoas para o autocuidado da condição crônica
- 8.6. Utilização rotineira do instrumento de autoavaliação da equipe da ESF para o autocuidado apoiado

9. RELAÇÕES COM A COMUNIDADE

- 9.1. Elaboração de um sistema de identificação dos recursos comunitários, na área de abrangência da unidade da ESF, para suporte ao programa de controle da condição crônica
- 9.2. Elaboração de um sistema de institucionalização de parcerias da unidade da ESF com as instituições comunitárias para dar suporte local ao programa de controle da condição crônica
- 9.3. Co-participação em projetos intersetoriais desenvolvidos na área de abrangência da unidade da ESF

10. GESTÃO DA CLÍNICA

- 10.1. Garantia de um gerente de nível superior e de tempo integral na unidade da ESF
- 10.2. Elaboração e implantação de um sistema de gestão dos riscos da atenção na ESF

- 10.3. Elaboração e implantação na ESF de um sistema de programação local com base nos parâmetros contidos na diretriz clínica da condição crônica
- 10.4. Elaboração e implantação de um sistema de monitoramento e avaliação da programação na ESF
- 10.5. Elaboração e implantação de contratos de gestão com as equipes da ESF com pagamento por desempenho
- 10.6. Definição de critérios para a gestão de caso em relação à condição crônica
- 10.7. Elaboração de um modelo de gestão de caso para a condição crônica
- 10.8. Capacitação da equipe da ESF para a gestão de caso

11. INFRAESTRUTURA

- 11.1. Garantia de consultórios individuais para a equipe multiprofissional da ESF
- 11.2. Garantia de uma sala adequada para reunião de grupos
- 11.3. Garantia de todos os materiais e equipamentos indicados na diretriz clínica da condição crônica
- 11.4. Garantia de ambientes adequados para os serviços previstos na diretriz clínica da condição crônica (sala de vacinas, sala de coleta de exames e outros)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2007.
2. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127:1097-1102.
3. Wagner, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.
4. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
5. Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
6. Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rded. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
8. Brito F. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318; 2007.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010.
10. Malta DC. Panorama atual das doenças crônicas no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2011.
11. Schramm JMA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2004; 9: 897-908.
12. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Vigitel 2007. Brasília: SVS/Ministério da Saúde; 2009.
13. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO/ Public Health Agency of Canada; 2005.
14. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 2^a ed; 1999.
15. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
16. Frenk J. La transición epidemiologica en America Latina. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 1991; 111: 458-496.

17. Coleman CF, Wagner E. Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
18. Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn: Conference of Bonn; 2007.
19. Edwards N, Hensher M, Werneke U. Changing hospital systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
20. Bengoa, R. Curar y cuidar. In: Bengoa, R, Nuño, RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Statistics. 2007 [acesso em 10 nov 2010]. Disponível em <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>.
23. Barr CE, Bouwman MD, Lobeck F. Disease state considerations. In: Todd WE, Nash D. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc; 1996.
24. Dominguez, BC. Controle ainda é baixo no Brasil. RADIS. 2007; 59:11.
25. Chaves, SR, Costa, RT, Dias, RB, Nonato, SM, Abrão N.J. Modelo de implantação e operação do modelo cuidador da Unimed Federação Minas em núcleos de atenção à saúde. In: Campos, EF, Gontijo MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT. Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
26. World Health Organization. Health Statistics 2010 [acesso em 22 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.org/>.
27. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman; 2009.
28. Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute. The price of excess: identifying waste in healthcare spending. 2009 [acesso em 12 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml/>
29. NRHI Health Payment Reform Summit. From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh: Network for Regional Healthcare Improvement; 2008.
30. Health Council of Canada. Value for money: making Canadian health care stronger. 2009 [acesso em 12 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.canadavalueshealth.ca/>.
31. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington: The National Academies Press; 2001.
32. Nunes FA, Balaciano MI, Arruda MAN, Silva JCQ, Nunan BA, Alves MLR et al. Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal: melhorando a atenção à saúde e a gestão

- da rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Documento não publicado. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2010.
33. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 14 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 2. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2/>
 34. Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennat CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 1999; 319: 676-682.
 35. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag. Care Q*. 1999; 7:56-66.
 36. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt. Comm. J. Qual. Improv*. 2001; 27: 63-80.
 37. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur. Heart J*. 2002; 23:139-146, 2002.
 38. Unutzer J, Katon W, Calahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288: 2836-2845.
 39. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289: 3145-3151.
 40. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, MacMillan M, Christensen R et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized controlled trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*. 2003; 26: 3048-3053.
 41. Katon WJ, Von Korff M, Lin EHB, Simon G, Lindman E, Russo J et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2004; 61: 1042-1049.
 42. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, Thomson C. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam. Pract*. 2004; 21: 39-45.
 43. Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.
 44. Nuño RS. Exploración conceptual de la atención integrada. In: Bengoa R, Nuño RS. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier España; 2008.
 45. Tufts Managed Care Institute. Population-based health care: definitions and applications. 2000 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em http://www.thci.org/downloads/topic11_00.pdf
 46. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.

47. Mills A. Vertical VS horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Sciences & Medicine*. 1983; 17:1971-1981.
48. World Health Organization. Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva: WHO/Technical Report Series nº 861; 1996.
49. Cruz VKO, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*. 2003; 15: 67-86.
50. Atun RA. What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network. 2004 [acesso em 16 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
51. Ooms G, Damme WV, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? *Globalization and Health*. 2008; 4:6.
52. Marques AJS, Cordeiro Junior W, Santos Junior R, Colares YF, Alves L. Rede de urgência e emergência. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
53. Penn D, Bond CJ, Bennett NG, Bolam RA, Bonney V, Dain HG, et al. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services. 1920 [acesso em 28 de novembro de 2008]. Disponível em <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>
54. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bethesda: Science and Health Publications; 1910.
55. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP; 1985.
56. Lakhani M, Bauer M, Field S. The future of general practice: a roadmap. London: Royal College of General Practitioners; 2007.
57. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001; 2:101-108.
58. Organização Mundial da Saúde/Unicef. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef; 1979.
59. Vuori H. Primary care in Europe: problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6:221-231.
60. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
61. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Social Sciences and Medicine*. 1986; 22:1001-1013.
62. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N.Engl.J.Med*. 1979; 301: 967-974.

63. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim Report. Washington: The National Academies Press; 1994.
64. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007
65. Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies/ Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
66. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas nº 4. Washington: HSS/ Organización Panamericana de la Salud; 2010.
67. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
68. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*. 2001; 2:161-175.
69. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool, PCATool-Brasil. Série A: Normas técnicas e manuais. Brasília: DAB/SAS, Ministério da Saúde; 2010.
70. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991; 266: 2268-2271.
71. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003; 38: 819-853, 2003.
72. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Minister of Health, Welfare and Sports. Publication nº 2004/20E; 2004.
73. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int. J. Health Serv*. 1994; 24: 431- 458.
74. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-1133.
75. Paganini JM, Capote RM (Editores). Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 519; 1990.
76. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int.J. Health Serv*. 1995; 25:283-294.
77. Casanova C, Colomer C. Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int. J. Qual. Health Care*. 1996; 8:51-59.
78. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J. (Editor) *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics; 1996.
79. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am. J. Public Health*. 1996; 86:1742-1747.

80. Bojalil R, Guiscafré H, Espinosa P, Martínez H, Palajox M, Guillermina R et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan.* 1998; 13:323-331.
81. Forrest C, Starfield B. The effect of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditure. *Journal of Family Practice.* 1996; 43:40-48.
82. Rajmil L, Borrel, Starfield B, Fernandez E, Serra A, Schiaffino A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int. J. Health Serv.* 1998; 28:777-791.
83. Raddish M, Horn SD, Sharkey P. Continuity of care: is it cost effective? *Am. J. Manag. Care.* 1999; 5:727-734.
84. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Gitoni G, Di Biase R et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics.* 1999; 18:291-313.
85. Gill JM, Maisnous III AG, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9:333-338.
86. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen F, Hart LG. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am. J. Public Health.* 2000; 90:97-102.
87. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Affairs.* 2002; 21:155-157.
88. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002; 60:201-216.
89. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderón S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Atención primaria.* 2004; 33:305-311.
90. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health.* 2004; 14: 246-251.
91. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet.* 2004; 364:1273-1280.
92. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Haines A. Health financing to promote access in low income settings: how much do we know? *Lancet.* 2004; 364:1365-1370.
93. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica.* 2004; 15:994-1003.
94. Organização Mundial da Saúde. *Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008.* Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
95. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Sciences & Medicine.* 1982; 51:1087-1110.
96. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal.* 1997; 314:1014-1018.

97. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centred behaviour of primary care physicians? *Medical Care*. 2004; 42:1049-1055.
98. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 2005; 142:691-699.
99. Jaturapatporn D, Dellow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*. 2007; 8:14.
100. Kovess-Masféty V, Sagousci D, Sevilla-Dedier C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007; 7:188.
101. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expending children with acute appendicitis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1996; 150:703-706.
102. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizak K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J. Gen. Intern. Med*. 1996; 11:269-276.
103. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner city minority population. *New England Journal of Medicine*. 1992; 327:776-781.
104. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell M, Serran M, Cireva E. Evaluacion del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria*. 1999; 24:468-474.
105. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physician: health care expenditure and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:105-109.
106. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-422.
107. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*. 2000; 90:1771-1774.
108. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1330-1336.
109. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For the Veteran Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*. 1996; 334:1441-1447.
110. Woodward CA, Abelson J, Tedford S, Hutchison B. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science & Medicine*. 2004; 58:177-192.
111. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*. 2004; 82:661-687.
112. Rothwell P. Subgroup analysis in randomized controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*. 2005; 365:176-186.
113. Rosenblatt RA, Hart LG, Baldwin LM, Leighton C, Schneeweiss R. The general role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279:1364-1370.
114. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*. 1997; 314:1870-1873.

115. Miller MR, Forrest CB, Kan JS. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*. 2000; 106:264-269.
116. Mainous III AG, Gill JM. The importance of continuity of care in likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*. 1998; 88:1539-1541.
117. Parschman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*. 1994; 39:123-128.
118. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four Medicaid demonstration program. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:834-836.
119. Martin DP, Diehr P, Price KG, Richardson WC. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*. 1989; 79:1628-1632.
120. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners's knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*. 1991; 303:1181-1184.
121. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*. 1998; 159:777-783.
122. Ryan S, Riley AW, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need in medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2001; 155:184-190.
123. Schoen C, Osborn R, Doty MN, Bishop M, Peugh J, Murukluta N. Towards higher-performance systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Affairs*. 2007; 26:w717-w734.
124. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck C, Koff R, McCroty D. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists: an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*. 2003; 98:21-28.
125. Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J, Rich EC. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*. 2007; 167:10-20.
126. Beck CH, Lanzon C, Eisenberg MJ, Huynh T, Dion D, Roux R, et al. Discharge prescription following admissions for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*. 2001; 17:33-40.
127. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physician regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*. 1996; 91:1544-1548.
128. Zoorob R, Jones GN, Mainous III AG, Hagen MD. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*. 1999; 4:243-248.
129. Rose JH, O'Toole EE, Dawson NV, Thomas C, Connors AF, Wenger N, et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. *Medical Care*. 2000; 38:1103-1118.

130. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric intervention and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*. 1989; 140:637-643.
131. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians and obstetricians's intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*. 1993; 37:457-462.
132. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*. 1993; 25:465-470.
133. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. 2010; 29: 766-772.
134. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*. 1999; 49:705-710.
135. Scott IA, Heath K, Harper C Clough A. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15:155-161.
136. Regueiro CR, Hamel MB, Davis RB, Desbiens N, Connors Jr AF, Phillips RS. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. *American Journal of Medicine*. 1998; 105:366-372.
137. McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24.232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*. 2007; 16:6-11.
138. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. *JAMA*. 1995; 274:1436-1444.
139. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatients departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Sciences*. 2005; 14:3.
140. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*. 2004 (Suppl. Web exclusive); W4:184-197.
141. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary care health services on middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 2:CD003318.
142. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*. 2006; 11:81-89.
143. Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. European Series n° 72; 1997.
144. World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
145. Doescher MP, Franks P, Saver BG. Is family medicine associated with reduced health care expenditures? *Journal of Family Practice*. 49:608-614.

146. Relnoij DMJ, Van Merode G, Paulus A, Groeneweger PP. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditures? *Journal of Health Services Research and Policy*. 2000; 5:22-26.
147. Brown L, Tucker C, Domokos T. *Health and Social Care in the Community*. 2003; 11:85-94.
148. Faulkner A, Mills N, Baiton D, Baxter K, Kinnessley P, Peters TJ, Sharps D. A systematic review of the effect of primary care-based services on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53:878-884.
149. Murchie P, Campbell NC, Ritchie CD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326:84-90.
150. Oakeshott P, Kerry S, Austin A, Cappuccio F. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? *Family Practice*. 2003; 20:469-473.
151. Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JF, Winter J, Wesseling-Megens HMK, Crebolder HFJM. A randomized controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *British Journal of General Practice*. 2003; 53: 108-112.
152. Campbell NC. Secondary prevention clinics: improving quality of life and outcome. *Heart (Supplement 4)*. 2004; 90:29-32.
153. Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2004; 71: 190-197.
154. Wolters R, Wensing M, Klomp M, Grol R. Shared care and the management of lower urinary tract symptoms. *BJU International*. 2004; 94: 1287-1290.
155. Bodenheimer T, Grumbach K. *Improving chronic care: strategies and tools for a better practice*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2007.
156. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, Uratsu C. Resolving the gatekeeper conundrum. *JAMA*. 1999; 282:261-266.
157. Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Hitchcock L, Anne C. Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Medical Care*. 2002; 40:137-144.
158. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 159-166.
159. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice*. 1998; 47: 213-220.
160. Stewart AL, Grumbach K, Osmond DH, Vranizan K, Komaromy M, Bindman AB. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*. 1998; 279: 1364-1370.
161. Starfield B. Deconstructing primary care. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
162. De Maeseneer JH, Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*. 2003; 1:144-148.

163. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA*. 1992; 267:1624-1630.
164. Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 328:621-627.
165. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:273-287.
166. Fisher ES. Medical care: is more always better? *New England Journal of Medicine*. 2003; 349:1665-1667.
167. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas aos riscos de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19: 61-75.
168. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Peter P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* [periódico na internet]. 2010; 10:65 [acesso em 2 de fevereiro de 2011]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>
169. Moore GT. Primary care in crisis. In: Showstack J, Rothman AA, Hassmiller (Editors). *The future of primary care*. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.
170. Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspectives. In: Saltman RS, Rico A, Boerma W (Editors). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies/Nuffield Trust. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill; 2006.
171. Grumbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA*. 2002; 288: 889-893.
172. Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*. 2003; 289:442-449.
173. Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. *British Medical Journal*. 2000; 321: 1541-1542.
174. Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *New England Journal of Medicine*. 2004; 351:710-712.
175. St. Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *New England Journal of Medicine*. 1999; 341:1980-1985.
176. Safran DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Annals of Internal Medicine*. 2003; 138:248-255.
177. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by U.S. medical students. *JAMA*. 2003; 290: 1173-1178.
178. Rafaw S. *Family medicine: the UK experience, solid undergraduated learning, strong postgraduate training, equitable community-based infrastructures*. London: Wandsworth Public Health; 2007.

179. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Sistema de indicadores de percepção social, saúde. Brasília: IPEA; 2011.
180. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Ed. Hucitec; 1992.
181. Abath GM. Medicina familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*. 1985; 19:48-73.
182. Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber JB, Nemes MIB, Gonçalves RBM (Organizadores). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Ed. Hucitec; 1996.
183. Motta MC. O programa médico de família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica. *Revista APS*. 2005; 8:118-122.
184. Campos GWS. Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. *Temas*. 1997; 15:23.
185. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 1997.
186. Statistics Canada. *Health in Canada*. 2009 [acesso em 12 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.statcan.gc.ca>.
187. Ministério da Saúde/Diretoria de Atenção Básica. *Números da saúde da família*. 2011. [acesso em 10 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>.
188. Bodenheimer T, Laing, BY. The teamlet model of primary care. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5: 457-461, 2007.
189. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa de Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante/ Departamento de Salud Pública; 2004.
190. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *International Journal of Health Planning and Management*. 2004; 19: 303-317.
191. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 11: 633-641.
192. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 669-681.
193. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 683-704.
194. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60: 13-19.
195. Van Stralen C, Belisario SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com

- e sem saúde da família na região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: s148-s158.
196. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
197. Marty IK. O uso de ferramentas e tecnologias de gestão no planejamento e na gestão por resultados dentro da APS [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
198. Reis MC. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. Foz do Iguaçu: Trabalho apresentado no 31º Congresso Brasileiro de Econometria, 8 a 11 de dezembro de 2009.
199. Ministério da Saúde. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2006.
200. Rocha R. Três ensaios de intervenções sociais com foco comunitário e familiar. 2009 [acesso em 10 de setembro de 2010]. Disponível em: www.econ.puc-rio.br.
201. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14:783-794.
202. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, padrões de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE/Ministério da Saúde; 2010.
203. Silva VHMC, Sales R, Aragão K, Cavalcante AL. Uma avaliação econômica do programa saúde da família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará. Fortaleza: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, Texto para Discussão nº 86; 2010.
204. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health*. 2009; 99: 87-93.
205. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended death in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 12 de fevereiro de 2011]; 10: 388. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/380>.
206. Szwarcwald CL. Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: 738-744.
207. Barreto IC, Pontes LK, Correa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2000; 7: 303-312.
208. Frias PG, Vidal SA, Pereira PMH, Lira PIC, Vanderlei LC. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2005; 5: s43-51.

209. Rasella D, Aquino A, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 de fevereiro de 2011]; 126: e000. Disponível em <http://www.pediatrics.org>.
210. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados em Minas Gerais. Belo Horizonte: Departamento de Demografia/Cedeplar/FACE/UFMG; 2006.
211. Junqueira MG. Regulamentação da Emenda 29: financiamento da saúde, em busca de soluções. Belo Horizonte: COSEMS de Minas Gerais; 2011.
212. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010; 12:2149-2160.
213. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Munies LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* [periódico na internet]. 2011; 1-8. doi:10.1093/heapol/czr043.
214. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
215. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMCO, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de atenção primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2009; 4: 270-276.
216. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG. Monitoramento de resultados, desempenho e satisfação dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, um estudo de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Saúde da família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte; 2011 [acesso em 17 de maio de 2011]. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/estudoBh.pdf>
217. Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema orientado pela atenção primária. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
218. Guanais FC. Health equity in Brazil. *British Medical Journal* [periódico na internet]. 2010; 341: c6542.
219. Wehrmeister FC, Peres KGA. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2010; 26: 1839-1852.
220. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiró AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J. Nutr*. 2004; 134: 2336-2341.
221. Travassos C. Medição e monitoramento das iniquidades em saúde: PNAD 2008. Rio de Janeiro: Seminário preparatório da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, ENSP/Fiocruz; 2011.

222. Andrade MV, Noronha K, Menezes R, Barros C, Nepomuceno M, Martins D, Gomes L. Equidade em saúde no estado de Minas Gerais 1998-2008: um estudo comparativo das Pesquisas Nacionais de Amostras Domiciliares. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG; 2011.
223. Harrys M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *British Medical Journal*. Editorial [periódico na internet]. 2010 [acesso em 10 de janeiro de 2011]; 341:c4945. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4945.extract>.
224. Macinko J. Estratégia de Saúde da Família: acesso, utilização e impacto na saúde dos brasileiros. Brasília: Oficina da Rede de Pesquisa Brasileira em APS; 2011.
225. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011.
226. Barbosa ACQ. Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas, estudo amostral 2008. Belo Horizonte: FACE/UFMG; 2010.
227. Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG. As redes de atenção à saúde em Minas Gerais e o sistema de apoio diagnóstico. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2006.
228. Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde. A patologia clínica na microrregião do Alto Rio Grande. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 1998.
229. Departamento de Propedêutica Complementar. Assistência em patologia clínica. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2007.
230. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Política Estadual de Apoio Diagnóstico. Belo Horizonte: Diretoria de Sistema Logístico e Apoio às Redes/SRAS/SPAS/SESMG; 2011.
231. Barbosa ACQ (Coordenador). Gestores de unidades básicas de saúde e práticas de gestão: retrato censitário de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/ Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 2009.
232. Barbosa ACQ, Rodrigues JM (Organizadores). 1º Censo de recursos humanos da atenção primária do estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG; 2006.
233. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
234. Raupp B. Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho: relatório de pesquisa. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa/Serviço de Saúde Comunitária; 2006.
235. Loch S. Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos de família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
236. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.
237. Mamede S. Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
238. World Health Organization. World Health Statistics, 2011. Geneva: WHO; 2011.

239. Luiz VR. Os gastos do Ministério da Saúde, 2008 e 2009. Brasília: Nota técnica do CONASS; 2010.
240. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. A atenção primária à saúde no Brasil: panorama histórico e perspectivas. Águas de Lindóia: III Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade; 2010.
241. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A atenção básica que queremos. Brasília: CONASEMS; 2011.
242. Schincariol I. Redes de saúde são apontadas como eficiente arranjo organizacional. Informativo ENSP. 22 de março de 2011 [acesso em 30 de março de 2011]. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?origem=1&matid=24437>
243. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011.
244. Prometheus Payment. Waste in US health care spending: potentially avoidable complications, chronic condition care. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2009.
245. Minich-Pourshadi K. Process improvements cur fat, beef up quality. Health Leaders Media [periódico na internet]. 2011 [acesso em 28 de junho de 2011]; April 26; Disponível em <http://www.healthleadersmedia.com>
246. Gérvas J, Fernández MP. Como construir uma atenção primária forte no Brasil: É possível transformar o círculo vicioso de má qualidade em um círculo virtuoso de boa qualidade, no trabalho clínico e comunitário na atenção primária no Brasil. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011.
247. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red Viva Vida. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 2, Article 7. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss2/7/>
248. Leles FAG, Lima HO, Lima, MF, Alkmim MBM. O projeto TeleMinas Saúde: ampliando o acesso aos serviços e à rede de atenção à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
249. Freez LF. Rede de assistência laboratorial no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2008.
250. Ito TS, Schneider AL. O sistema de patologia clínica de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2008.
251. Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Ed. FUNED; 2010.
252. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
253. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programação das ações estratégicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011/2014. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
254. Greco, C. Regulação do sistema de saúde na Região do Lazio na Itália. Brasília; Seminário sobre regulação pela atenção primária à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

255. Dudley RA. Pay for performance: a decision guide for purchasers. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
256. Savas S, Sheiman I, Tragakes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
257. Harzheim E. A atenção primária à saúde e as redes integradas de atenção à saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
258. Lemos, N. Sugestões para gestores municipais agirem ativamente no processo de implementação da atenção primária em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS; 2011.
259. Campos VF. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. 8ª edição. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda; 2004.
260. Lima HO, Queiroga RM, Utsch MQ. Gestão por processos. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
261. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
262. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina. Acreditação. 2010 [acesso em 16 de março de 2011]. Disponível em <http://www.aps.santamarcelina.org/aps/acreditacao-certificados.asp>
263. Frenk J, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P et al. The professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376: 1923-1958.
264. Schimpff SC. The future of medicine: megatrends in health care that will improve your quality of life. Nashville: Thomas Nelson; 2007.
265. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo/Residência Médica. Estado financia residência, mas regula pouco a oferta de profissionais. s/data [acesso em 20 de março de 2011]. Disponível em http://www.obervarhsp.org.br/Residencia_Medica.pdf
266. World Bank. Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Brasília: Brazil Country Management Unit, World Bank, Report nº 35691-BR; 2006.
267. Fundação Estatal Saúde da Família. Gestão do trabalho. 2011 [acesso em 23 de março de 2011]. Disponível em <http://fefssus.ba.gov.br>
268. Barbosa ACQ, Perpétuo IHO, Andrade J, Rodrigues JM, Silva NC, Rodrigues RB et al. Consórcio público de carreira profissional em saúde para estratégia saúde da família: simulação técnico-financeira. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde; 2009.
269. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.

270. Cordeiro Júnior W. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
271. Windle J, Mackway-Jones K. Validity of triage systems: use a correct outcome measure. *Emergency Internal Medicine*. 2003; 20: 119-120.
272. Lyons M, Brown R, Wears R. Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal*. 2007; 24: 78-85.
273. Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemell L. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 841-845.
274. Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça C, Nuno L et al. Triage de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2008; 27: 205-216.
275. Roukema J, Steyerberg EW, van Meurs A, Ruige M, van der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*. 2006; 23: 906-910.
276. Lima HO, Oliveira BR, Campos LI, Cunha TL. O Pro-Hosp no contexto do choque de gestão na saúde em Minas Gerais: resultados e desafios. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HO. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
277. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. Washington: World Bank, Technical Department for the Latin America and Caribbean Region, s/ data.
278. Emanuel E. Political problems. *Boston Review*. 2000; 3: 2414- 2515.
279. Iturriaga MV. Chile. In: Ramos S, Vinocur P. Diferentes respuestas a la relación entre el Estado y el mercado. Buenos Aires: CEDES/FLACSO; 2000.
280. Carvalho G. Ponto Zero. Campinas: IDISA/Domingueira de 27 de novembro de 2011; 2011.
281. Savassi L. Financiar é diferente de incentivar. 2011 [acesso em 21 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.saudecomdilma.com.br/index.php/2011/06/06/financiar-e-diferente-de-incentivar>
282. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2011.
283. Schneider FS, Lima HO, Leles FAG, Matos MAB, Elias WF. Saúde em Casa: atenção primária à saúde. In: Marques AJS, Mendes EV, Lima HOL. O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2010.
284. Department of Health. Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds: COI/Department of Health; 2005.
285. Strong L. A strategy for long term conditions in Mid Sussex. Sussex: NHS; 2005.
286. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [periódicos na Internet]. 2008 [acesso em 18 maio de 2009]; Vol.1: ISS. 1, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/5/>
287. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.

288. Improving Chronic Illness Care. The chronic care model; 2010 [acesso em 24 de abril de 2010]. Disponível em www.improvingchroniccare.org.
289. Rand Health. Improving chronic illness care evaluation: Rand Health Project; 2008 [acesso em 26 de setembro de 2009]. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>.
290. Nelson K, Garcia RE, Brown J, Mangione CM, Louis TA, Keller E, Cretin S. Do patient consent provisions affect participation rates in quality improvement studies: data from the improving chronic illness care evaluation. *Medical Care*. 2002; 40: 283-288.
291. Cretin S, Shortell SM, Keeler EB. An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*. 2004; 28: 28-51.
292. Asch SM, Baker DW, Keesey JW, Broder M, Schonlau M, Rosen M. et al. Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*. 2005; 43: 667-675.
293. Baker DW, Asch SM, Keesey JW, Brown JA, Chan KS, Joyce G, Keeler EB. Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *J. Card. Fail.* 2005; 11: 405-413.
294. Chan KS, Mangione-Smith R, Burwinkle TM, Rosen M, Varni JW. The PedsQL: Reliability and validity of the short-form generic core scales and asthma module. *Medical Care*. 2005; 43: 256-265.
295. Lin M, Marsteller JA, Shortell S, Mendel P, Pearson ML, Rosen M, Wu S. Motivation to improve chronic disease care in three quality improvement collaboratives. *Health Care Manage Rev*. 2005; 30: 139-156.
296. Schonlau M, Mangione-Smith R, Rosen M, Louis TM, Cretin S, Keeler E. An evaluation of an adult asthma BTS collaborative and the effect of patient self-management. *Annals of Family Medicine*. 2005; 3: 200-208.
297. Mangione-Smith R, Schonlau M, Chan KS, Keesey JW, Rosen M, Louis TA, Keeler ED. Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? *Ambulatory Pediatrics*. 2005; 5: 75-82.
298. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SY, Mendel P et al. The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*. 2004; 42: 1040-1048.
299. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. *American Journal of Managed Care*. 2005; 11: 478-488.
300. Meredith LS, Mendel P, Pearson L, Wu SY, Joyce GF, Straus JB et al. Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. *Psychiatric Services*. 2006; 57: 48-55.
301. Vargas RB, Mangione CM, Asch S, Keesey J, Rosen M, Schonlau M, Keeler EB. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22: 215-222.
302. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner E. A population-based approach to diabetes management in a primary care setting : early results and lessons learned. *Eff. Clin. Pract.* 1998; 1: 12-22.

303. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002; 288: 1775-1779.
304. Endicott L, Corselo P, Prinzi M, Tinkelman DG, Schwartz A. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag*. 2003; 8: 252-262.
305. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney CD, Reid RJ, Greene MS. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med. Care*. 2005; 43: 436-444.
306. Dorr DA, Wilcox A, Burns C, Bruncker CP, Narus SP, Calyton PD. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Dis. Manag*. 2006; 9:1-15.
307. Harris MF & Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med. J. Aust.* 2007; 16: 104-107.
308. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL et al. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 2004; 158:875-883.
309. Battersby MW and SA Health Plus Team. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *British Medical Journal*. 2005; 330:662-665.
310. Bauer MS, McBride L, Williford WD, Glick H, Kinosian B, Altshuler L. et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr. Serv*. 2006; 57:937-945.
311. Harwell TS, McDowall JM, Gohdes H, Hengerson SD. Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. *Am. J. Med. Qual*. 2002; 17:179-184.
312. Chin MH, Cook S, Drum ML, Jin L, Guillen M, Humikowsky CA et al. Improving diabetes care in Midwest Community health centers with the Health Disparities Collaborative. *Diabetes Care*. 2004; 27:2-8.
313. Daniel DM, Norman J, Davis C, Lee H, Hindmarsh MF, McCulloch DK et al. A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:69-79.
314. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, Landrum MB, Hirschhorn L, Marsden PV et al. Effects of quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. *Ann.Intern. Med*. 2004; 140:887-896.
315. Sperl-Hillen JM, Solberg LI, Hroschikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O'Connor PJ. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Jt Comm J Qual Saf*. 2004; 30:303-309.
316. Wang A, Wolf M, Carlyle R, Wilkerson J, Porterfield D, Reaves J. The North Carolina experience with diabetes health disparities collaboratives. *Jt.Comm.J.Qual.Saf*. 2004; 30:396-404.
317. Stroebe RJ, Gloor B., Freytag S., Riegert-Johnson D., Smith SA, Huschka T et al. Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16, 286-296.

318. Landis S, Schwarz M, Curran D. North Carolina family medicine residency programs' diabetes learning collaborative. *Fam Med*. 2006; 38:190-195.
319. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Candace CC, King DK, Crabtree BF, Glasgow RE. Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. *Annals of Family Medicine*. 2007; 5:14-20.
320. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*. 2003; 289:3145-3152.
321. Lieu TA, Finkelstein JA, Lozano P, Capra AM, Chi FW, Jensvold N et al. Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for Medicaid-insured children. *Pediatrics*. 2004; 114:102-110.
322. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17:141-146.
323. Fleming B, Silver A, Ocepek-Welikson K, Keller D. The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. *Am. J. Manag. Care*. 2004; 10:934-944.
324. Li R, Simon J, Bodenheimer T, Gillies RR, Casalino L, Schmittiel J, Shortell SM. Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care*. 2004; 27:2312-2316.
325. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am J Prev Med*. 2006; 30:413-422.
326. Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann. Fam. Med*. 2006; 4:117-123.
327. Gilmer TP & O'Connor PJ. Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. *Disease Management & Health Outcomes*. 2003; 11:439-453.
328. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health Care Finance Rev*. 2005; 26:1-19.
329. Gilmer TP, O'Connor PJ, Rush WA, Crain AL, Whitebird RR, Hanson AM, Solberg LI. Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29:1242-1248.
330. Vanderbilt Medical Center. Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: Schoeni PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
331. Ministry of Health. A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population health and wellness. Victoria: Ministry of Health Planning; 2003.
332. Government of British Columbia. British Columbia expanded chronic care model; 2008 [acesso em 13 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.health.gov.bc.ca>.
333. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J et al. Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med. Clin*. 1999; 112:97-105.

334. Ministry of Health. Value for money in the health system. Wellington: Ministry of Health; 2005.
335. Frohlich A, Jorgesen J. Improving care in patients with chronic conditions. 2007 [acesso em 27 de junho de 2007]. Disponível em <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045.htm>
336. Temmink D, Hutten JBF, Francke AL, Rasker JJ, Abu-Saad HH, van der Zee J. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum*. 2001; 45: 280-286.
337. Chea J. Chronic disease management: a Singapore perspective. *British Medical Journal*. 2001; 323: 990-993.
338. Singh D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham; 2006.
339. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Laboratório de inovações na atenção às condições crônicas na APS. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2010.
340. Centro de Pesquisas em Avaliação em Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em hipertensão e diabetes na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Gerência de ensino e pesquisa e gerência de saúde comunitária/Grupo Hospitalar Conceição; 2011.
341. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
342. Ministério da Saúde. Educação em Saúde para o Auto-cuidado, Avaliação contínua da Qualidade da Atenção ao Diabetes. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em <http://www.qualidia.com.br>.
343. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
344. Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
345. Wagner EH. The changing face of chronic disease care. In: Schoeni PQ (Editor). Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.
346. Health Disparities Collaboratives. Training manual, changing practice, changing lives. Alabama: Institute for Healthcare Improvement; 2004.
347. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
348. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999; 77: 77-110.
349. Brock C. Self care: a real choice; 2005 [acesso em 15 de janeiro de 2009]. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>
350. Fireman B, Bartlett J, Selby J. Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*. 2004; 23: 63-75.

351. United Healthcare. NHS Modernization Agency; 2004 [acesso em 17 de junho de 2009]. Disponível em: <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>.
352. Wallace PJ. Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ. Rev.* 2005; 27:19-31.
353. Porter M. *Population care and chronic condition: management at Kaiser Permanente.* Oakland: Kaiser Permanente; 2007.
354. Parker H. *Making the shift: review of NHS experience.* Coventry: Institute for Innovation and Improvement; 2006.
355. Ham C. *Learning from Kaiser Permanente: a progress report.* London: Department of Health; 2003.
356. Kellogg MA. *Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care.* Ouro Preto: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2007.
357. Feachem GA, Sekhri NK, White KL, Dixon J, Berwick DM, Enthoven AC. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal.* 2002; 324:135-143.
358. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal.* 2003; 327:1257-1259.
359. Frolich A, Schiotz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnic A, Diderichsen F. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research.* 2008; 8: 252, 2008.
360. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete.* Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
361. Carl-Arty D, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives.* Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2008.
362. Stanley E. *Managing chronic disease: what can we learn from US experience?* London: King Fund; 2004.
363. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Rubenstein LZ, Adams J. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993; 342: 1032-1036.
364. Fagerberg B, Claesson L, Gosman-Hedström G, Blomstrand C. Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1 year study of elderly patients. The Goteborg 70+ Stroke Study. *Stroke.* 2000; 31: 2578-2584.
365. Conn VC, Valentine JC, Cooper HM. Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Ann.Behav.Med.* 2002; 24:190-200.
366. Parker H. *Making a shift: a review of NHS experience.* Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.
367. Mukamel D, Chou C, Zimmer JG, Rothenberg BM. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. *Gerontologist.* 1997; 37: 777-784.

368. Rich MW, Nease, RF. Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. *Arch. Inter. Med.* 1999; 159:1690-1700.
369. Hickey ML, Cook EF, Rossi LP, Connor J, Dutkiewicz SM, Hassan SM et al. Effect of case managers with a general medical patient population. *J. Eval. Clinical Practice.* 2000; 6: 23-29.
370. Birmingham and Black County Strategic Health Authority. Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us? Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
371. Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva: WHO, Discussion paper, Draft; 2007.
372. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
373. Marmor M. Health in an unequal world. *Lancet.* 2006; 368: 2081-2094.
374. Viacava F, Laguardia J, Ugá MA, Porto SM, Moreira RS, Barros HS, Silva HS. PROADESS Avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento, relatório final. Rio de Janeiro: LIS/CICT/Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
375. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
376. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41: 139-149.
377. Comissão sobre Macroeconomia e Saúde. Investir em saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2003.
378. Norwegian Directorate of Health. Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society. Oslo: Directorate of Health; 2008.
379. Surhcke M, Rocco L, McKee M. Health a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
380. Public Health Agency of Canada. Crossing sectors: experiences in intersectoral action, public policy and health. Ottawa: Minister of Health; 2007.
381. Rojas E (Editor). Construir ciudades: mejoramiento de barrios y calidad de vida urbana. Washington: Fondo de Cultura Económica/Inter-American Development Bank; 2009.
382. Harris A, Hastings N. Working the system: creating a state of wellbeing. Edinburgh: Scottish Council Foundation; 2006.
383. Berk ML, Monheint AC. The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs.* 1992; 11: 145-149.
384. The Dartmouth Institute. Clinical microsystem action guide: improving health care by improving your microsystem. 2011 [acesso em 23 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.clinical-microsystem.org/toolkit>
385. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
386. Hopenhayn M. Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panamá: Cepal/Seminário Internacional Cohesión Social en América Latina y Caribe; 2006.

387. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am.J.Sociol.* 1988; 94: S95-S120.
388. Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev.Sociol.Polít.* 2003; 21: 83-108.
389. Mladovcki P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
390. Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
391. Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: assessing the case for inverting in health systems. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
392. Health Nexus and Ontario Chronic Disease Prevention Alliance. Primer to action: social determinants of health. Toronto: Health Nexus/OCDPA; 2008.
393. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR; 2005.
394. Sichieri R, Siqueira KS, Pereira RS, Ascherio A. Short stature and hypertension in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Public Health.* 2000; 89: 845-850.
395. Costa JSD, Barcellos FC, Sclowitz ML, Sclowitz IKT, Castanheira M, Olinto MT et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; 88: 59-65.
396. Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2006; 87: 747-756.
397. Neri MC. Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 2007.
398. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 2005; 13: 364-373.
399. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, Silvany Neto AM, Araujo TM, Reis EJFB, Delcor NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 818-826.
400. Farhat SCL, Paulo RLP, Shimoda TM, Conceição GMS, Lin J, Braga ALF et al. Effects of air pollution on pediatric respiratory emergency room visits and hospital admissions. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 2005; 227-235.
401. Martins LC, Pereira LAA, Lin CA, Prioli G, Luiz OC, Saldiva PHN et al. The effects of air pollution on cardiovascular diseases: lag structures. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 677-683.
402. Almeida AC. A cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Record; 2005.
403. Jackson N, Waters E. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions taskforce: the challenges of systematically reviewing public health interventions. *J.Public Health.* 2004; 26: 303-307.

404. Armstrong R, Waters E, Jackson N, Oliver J, Popay J, Shepherd J. Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Version 2. Melbourne: Melbourne University; 2007.
405. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base of social determinants of health: a guide. Universidad del Desarrollo/National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
406. Ministry of Social Affairs and Health. National action plan to reduce health inequalities, 2008/2011. Helsinki: Helsinki University Print; 2008.
407. Haque N, Moriarty E, Anderson E. Communities voices: through a community based initiative on social determinants of health. St. James: Esley Institute; 2008.
408. Ministério da Saúde. Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: SVS/SAS/SE/INCA, ANS/MS; 2008.
409. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: SVS/SAS/MS. Série Pactos pela Saúde, Volume 7; 2006.
410. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
411. Novotny TE. Preventing chronic disease: everybody's business. In: Nolte E & McKee M (Editors). Caring People with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
412. European Commission. Eurodiet core report. Heraklion: European Commission and the University of Crete School of Medicine; 2000.
413. World Health Organization and World Economic Forum. Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva: World Health Organization; 2008.
414. McGinnis J, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1993; 270: 2207-2212.
415. Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde; 2006.
416. Bengoa R. Empatanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* [periódicos na Internet] 2008 [acesso em 31 de julho de 2010]; Vol.1, Iss 1, Artículo 8. Disponível em <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/8>.
417. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004; 291: 1238-1245.
418. Mismetti D. Médicos do INCOR estudam criar centro de prevenção do infarto. Entrevista com o Dr. Roberto Kalil. *Folha de São Paulo*, 27 de setembro de 2011 [acesso em 29 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br>
419. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. *N. Engl. J. Med*. 1998; 338: 1035-1041.
420. Fries JF, Koop CE, Soklov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Affairs*. 1998; 17: 70-84.

421. Puska P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Salomaa J, Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long term prevention of cardiovascular diseases. *Bul. of World Health Organization*. 2002; 76: 419-425.
422. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011.
423. Kaiser Permanente. *Cultivating health: everyday fitness kit*. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2005.
424. Kaiser Permanente. *Cultivating health: managing stress kit*. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2007.
425. Kaiser Permanente. *Cultivating health: freedom from tobacco kit*. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
426. Kaiser Permanente. *Cultivating health: weight management kit*. Portland: Kaiser Permanente Health Education Services; 2008.
427. Barker DJP, Forsen T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *British Medical Journal*. 2001; 323:1273-1276.
428. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: World Health Organization; 2003.
429. van Dam HA, van der Horst F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes, a systematic review. *Patient Educ. Couns*. 2003; 51: 17-28.
430. Hoffman I, Groeneveld MJ, Boeing H, Koebnick C, Golf S, Katz N, Leitzmann C. Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2001; 55: 887-895.
431. Frankel S, Gunnell DJ, Peters TJ, Maynard M, Smith GD. Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the boyd or cohort study. *British Medical Journal*. 1998; 316: 499-504.
432. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, Lynch JW, Yanick CS, Kuh D, Yach D. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research. Geneva: World Health Organization; 2002.
433. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: SGEP/SVS/Ministério da Saúde; 2011.
434. Mendonça DRB. *A importância da educação nutricional*. 2006 [acesso em 16 de janeiro de 2011] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/alimentos/181-a-importancia-da-educacao-nutricional>.
435. Castro IRR, Souza TSN, Maldonado LA, Canindé ES, Rotenberg S, Gugelmin SA. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e profissionais das redes de saúde e de educação. *Rev. Nutr*. 2007; 20: 571-588.
436. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev. Nutr*. 1999; 12: 261-272.

437. Silva DO, Recine EGIG, Queiroz EFO. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18: 1367-1377.
438. Pádua JG, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na rede básica de saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Rev. Nutr.* 2006; 19: 413-424.
439. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*. 2008; 1: 33-42.
440. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na atenção básica em saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa, Paraíba. *Rev. APS*. 2008; 11: 334-340.
441. Malta MB, Mayer LS, Fukuju MM, Dias LCGD. Educação nutricional na atenção básica de saúde: relato de experiência. *Rev. Simbio-Logias*. 2008; 1: 1-8.
442. Lima MR, Bittencourt LJ. A educação alimentar e nutricional como estratégia de empoderamento de uma comunidade em Salvador, BA. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
443. Rangel ACS, Gomes L, Araujo R. Educação nutricional nas escolas como estratégia de fortalecimento da intersetorialidade. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
444. Galati GC, Garcia RWD. Groen: Programa de educação nutricional como técnica de grupo operativo para rever valores e práticas alimentares para mulheres hipertensas assistidas em um programa de saúde da família da cidade de Ribeirão Preto, SP. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
445. Borges FM, Lima LA, Escobar RS. Grupo de educação nutricional em crianças de 5-10 anos. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
446. Araujo LM, Oliveira KAR, Souza EL, Brasil ECL. Inserindo crianças numa atividade lúdica de educação nutricional: criando vínculos afetivos e intercâmbios culturais numa unidade integrada de saúde da família. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
447. Alcântara LBC, Mendonça C, Rotenberg S, Sally E, Ayres K, Coelho N et al. Metodologia educativa em saúde e nutrição na atenção básica de saúde do município de Niterói com vistas à promoção da alimentação e modos de vida saudáveis. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
448. Oliveira PM, Santos TCS, Machado NMV, Garbelloto APD, Kerpel R. O trabalho interdisciplinar como promotor da integralidade na atenção em saúde: relato da experiência de um grupo de emagrecimento no município de Florianópolis/SC. In: Ministério da Saúde. II Mostra de

- Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
449. Ribeiro KDS, Pio I, Deuza M, Delane S. Oficina culinária: ingrediente na promoção à saúde no Centro de Saúde Bela Vista. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
450. Nascimento CR. Programa emagrecimento saudável. In: Ministério da Saúde. II Mostra de Alimentação e Nutrição do SUS, I Seminário Internacional de Nutrição na Atenção Primária: trabalhos selecionados para apresentação oral. Brasília: DAB/SAS/Ministério da Saúde; 2010.
451. Secretaria Municipal de Curitiba. Manual de abordagem para mudança de comportamento. Curitiba: CIS/Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2011.
452. Office of the Surgeon General. Overweight and obesity: health consequences. 2007 [acesso em 16 de setembro de 2008]. Disponível em: http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_consequences.htm
453. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. The challenge of obesity in the WHO Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
454. Caspersen C, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985; 100: 126-131.
455. Wareham NJ, van Sluijs EMF, Ekelund U. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2005; 64: 229-247.
456. Sturm R. The economics of physical activity: societal trends and rationale for interventions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27: 126-135.
457. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2006; 16: 3-63.
458. Halvorson G. Walking our way to better health. Washington: Institute of Medicine; 2012.
459. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
460. World Health Organization and International Federation of Sports Medicine. Exercises for health. *Bulletin of the World Health Organization*. 1995; 73: 135-136.
461. Murphy MH, Hardman AE. Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1998; 30: 152-157.
462. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rastreamento do sedentarismo em adultos e promoção da atividade física na atenção primária à saúde: Projetos Diretrizes Clínicas. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina; 2009.
463. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011.
464. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011.

465. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W et al. Effects of a community-based supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am. J. Public Health.* 2009; 99: 68-75.
466. Carvalho FPB. Academia da Cidade em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Coordenação das Academias da Cidade/Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2011.
467. Institute of Medicine. State of health indicators: letter report. Washington: The National Academies Press; 2008.
468. Adeyi O, Smith O, Robles S. Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington: World Bank; 2007.
469. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
470. Feenstra TL, Reenen HHH, Hoogenveen RT, Molken MPMHR. Cost effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health.* 2005; 8: 178-190.
471. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research.* 2006; 41: 2114-2135.
472. West R, Sohal T. Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal.* 2006; 332: 458-460.
473. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Nicotine addiction in Britain: a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal college of Physicians. 2000 [acesso em 29 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.rcplondon.ac.uk>
474. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.035/GM, de 31 de maio de 2004.
475. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 442, de 13 de agosto de 2004.
476. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
477. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. Treating tobacco use and dependency: clinical practice guideline. Washington: US Department of Health and Human Services, Public Health Services; 2000.
478. Sidorov J, Christianson M, Girolami S, Wydra C. A successful tobacco cessation program led by primary care nurses in a managed care setting. *Am. J. Manag. Care.* 1997; 3: 207-214.
479. Smillie C, Coffin K, Porter K, Ryan B. Primary health care through a community based smoking-cessation program. *Journal of Community Health.* 1988; 13: 156-170.
480. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2004; 4: CD000165.
481. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br. J. Gen.Pract.* 2000; 50: 803-807.
482. McEwen A, Preston A, West R. Effect of a GP desktop resource on smoking cessation activities of general practitioners. *Addiction.* 2002; 97: 595-597.

483. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB. AHRQ smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial. *J. Natl. Cancer Inst.* 2004; 96:594-603.
484. Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. In: Caballo VE (Organizador). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. México: Siglo Veintiuno de Espana; 1998.
485. Gavazzoni JA, Marinho-Casanova ML. Avaliação do efeito de um programa de intervenção comportamental sobre o comportamento de fumar cigarros. *Temas psicol.* 2008; 16: 83-95.
486. World Health Organization. WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: second report. Copenhagen: World Health Organization, WHO Technical Reports nº 944; 2007.
487. Corrao G, Rubbiati L, Zambon A, Arico S. Alcohol attributable and alcohol preventable mortality in Italia: a balance in 1983 and 1996. *European J. Public Health.* 2002; 12: 214-223.
488. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev. Med.* 2004; 38: 613-619.
489. Castaneda R, Sussman N, Westreich L, Levy R, O'Malley M. A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry.* 1996; 57: 207-212.
490. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M. Alcohol related morbidity and mortality. *Alcohol Health.* 2003; 27: 39-51.
491. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Ghissassi F, Bouvard V et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 292-293.
492. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Hyasttsville: National Center for Health Statistics; 2005.
493. Soldera M, Dalgalarrrondo P, Correa Filho HR, Silva CAM. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004; 26: 174-179.
494. Souza DPO, Areco KN, Silveira Filho DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede pública de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública.* 2005; 39: 1-8.
495. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuk VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública.* 2006; 40: 1-8.
496. Whitlock EP, Polen MR, Green CA. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Forces. *Annals of Internal Medicine.* 2004; 140: 557-568.
497. Babor TF, Biddle JCH. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction.* 2000; 95: 677-686.
498. Heather N (Editor). WHO Project on identification and management of alcohol-related problems: report on phase IV. Geneva: World Health Organization; 2006.
499. Timko C, Moos RH, Finney JW, Moos BS, Kaplowitz MS. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol.* 1999; 60: 437-447.

500. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE, alcoholism screening test in brazilian psychiatric inpatient setting. *Brazilian Journal Medical Biology*. 1999; 16: 215-218.
501. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski SY, Takata CCC, Ranzi SY, Saruhasi SY, Spadoni B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev. Ass. Med. Brasil*. 2001; 47: 65-69.
502. Rios PAA, Matos AM, Fernandes MH, Barbosa AR. Consumo e uso abusivo de bebidas alcoólicas em estudantes universitários do município de Jequié/BA. *Rev.Saúde.Com*. 2008; 4: 105-116.
503. Amaral RA, Malgebier A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2004; 26: 156-163.
504. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *Audit, The Alcohol use disorders identification test: guidelines for the use in primary care*. Geneva: World Health Organization, WHO/MSD/MSB/01.6, 2nd. ed; 2001.
505. Babor JB, Higgins-Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization/Department of Mental Health and Substance Dependence/WHO/MSD/MSB/01.6b; 2001.
506. Méndez EB. *Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol use disorders identification test)*. Pelotas: Dissertação de Mestrado em Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas; 1999.
507. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigioni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21: 852-861.
508. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigioni LOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004; 50: 199-206.
509. Ali R, Awwad E, Babor T, Bradley F, Butau T, Farrell M et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97: 1183-1194.
510. Chick J, Lloyd C, Crombie E. Counseling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal*. 1985; 290: 965-967.
511. Anderson O, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Brit.J. Addict*. 1992; 87: 1498-1508.
512. Nielsen P, Kaner E, Babor TF. Brief intervention, three decades on. *Nordical Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 453-467.
513. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*. 1993; 88: 315-336.
514. Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*. 1979; 2: 231-235.
515. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

516. D'Onofrio G, Degutis LC. Preventive care in the Emergency Department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 2002; 9: 627-638.
517. Salaspuro M. Intervention against hazardous alcohol consumption: secondary prevention of alcohol problems. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Editors). *Treating alcohol and drug abuse*. Weinheim: Wiley-VCH; 2003.
518. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Laprega MR, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
519. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*. 2000; 38: 7-18.
520. Gonçalves AMS, Ferreira PS, Abreu AMM, Pillon SC, Jesus SV. Estratégias de rastreamento e intervenções breves como possibilidades para a prática preventiva do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 18 de julho de 2011] Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a23.htm>.
521. Fleming MF, Mundt MP, Manwell LB, Stauffacher EA, Berry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 2002; 26: 36-43.
522. Minto EC. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16: 207-220.
523. Aasland OG, Nygaard P, Nilsen P. The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol use. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 469-476.
524. Oliveira RJ. Avaliação da eficácia da intervenção breve aplicada conjuntamente ao questionário ASSIST para álcool na atenção primária à saúde em Curitiba e Palmas. Curitiba: Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná; 2006.
525. Moretti-Pires RO. A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2009; 1: 1984-2147.
526. Ronzani TM, Amaral MB, Formigioni MLOS, Babor TF. Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 529-538.
527. Furtado EF, Corradi-Webster CM, Laprega MR. Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 539-551.
528. Formigioni MLOS, Lacerda RB, Vianna VPT. Implementation of alcohol screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 553-564.
529. Seale JP, Monteiro MG. The dissemination of screening and brief intervention for alcohol problems in developing countries: lessons from Brazil and South Africa. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 25: 564-577.
530. Dias RB, Nonato SM, Chaves SR. Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas. In: Campos EF, Gontijo

- MCF, Chaves SR, Dias RB, Costa RT (Organizadores). Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais; 2010.
531. Buttriss JL. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1997; 65: 1895S-1995S.
532. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA. Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV: até aonde nos levam as teorias? Genebra: ONUSIDA; 2001.
533. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
534. Petrie KJ, Broadbent E. Assessing illness behavior: what condition is my condition in? *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 415-416.
535. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1997.
536. Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum; 1985.
537. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamentos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
538. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51: 390-395.
539. Pichon-Reviere E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes Editora, 8ª Ed; 2009.
540. Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press; 1983.
541. Howard M, McCabe J. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning*. 1990; 22: 21-26.
542. Morris M. Sexual networks and HIV. *Aids*. 1997; 11: 209S-216S.
543. Connell R. Gender and power. Stanford: Stanford University Press; 1987.
544. Parker R. Empowerment, community mobilization and social change in face of HIV/Aids. 1996; 10: 27S-31S.
545. Choi K, Yep G, Kumekawa E. HIV prevention among Asian and Pacific Islander American men who have sex with men: a critical review of the theoretical models and directions of future research. *Aids Education and Prevention*. 1998; 10: 19-30.
546. Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A. Supporting self management. In: Nolte E, McKee M (Editors). *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2008.
547. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL, Follic MJ, Abrams DB. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of changes as process and prediction variables. *Addictive Behaviors*. 1992; 17: 35-45.
548. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behavior. *American Psychologist*. 1992; 1102-1114.
549. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteorético no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]*. 2007; 12: 1641-1650.

550. DiClemente CC, Schlundt BS, Gemmel L. Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 2004; 13: 103-119.
551. Szupszynski KPR, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2008; 10: 162-173.
552. Szupszynski KPR, Oliveira MS. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*. 2008; 13: 31-39.
553. Figlie NBI, Dunn B, Laranjeira R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004; 26: 91-99.
554. Lozano P, Schmaling K. PACI self-management support treatment manual pediatric asthma care study. Seattle: Center for Health Studies/Group Health Cooperatives; 1998.
555. Chapman-Novakofski K. Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through states of change after a community-based diabetes education program. *J. Am. Diet. Assoc.* 2005; 105: 1613-1616.
556. Dijkstra A. The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *Clin. J. Pain*. 2005; 21: 27-37.
557. Miranda VM. Estilo de vida e estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina. Florianópolis: Dissertação de Mestrado no Centro de Desporto da Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
558. Reis RS, Petroski EL. Aplicação da teoria cognitiva social para predição das mudanças de comportamento em adolescentes brasileiros. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2005; 7: 62-68.
559. Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte*. 2005; 11: 104-108.
560. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde em Floripa, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2008; 13: 44-56.
561. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*; 12: 33-41.
562. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
563. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estud. Psicol.* 2005; 22: 157-166.
564. Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. *Rev. Bras. Cineantropom. Hum.* 2006; 8: 5-15.
565. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr*. 1999; 12: 33-41.
566. Oliveira MCT, Duarte GR. O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr*. 2006; 19: 57-64.
567. Moreira RAM. Aplicação do modelo transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um serviço de promoção da saúde.

- Belo Horizonte: Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
568. Toral N. Estágio de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes. São Paulo: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.
569. Toral N, Slater B. Perception of eating practices and stages of change among Brazilian adolescents. *Preventive Medicine*. 2009; 48: 279-283.
570. Murta SG, Troccoli BJ. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estud. Psicol*. 2005; 22: 157-166.
571. Laranjeira R, Oliveira RA, Nobre MRC, Bernardo WM. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Brasileira de Medicina, 2ª Ed; 2003.
572. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003; 16: 265-270.
573. Silva CAB. A educação nos tratamentos das doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*. 2006; 9: 195-196.
574. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell Ke et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002; 22: 73-107.
575. Spencer L, Adams TB, Malones S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promotion Practice*. 2007; 7: 428-443.
576. Marshall SJ, Biddle SJ. The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of application to physical activity and exercise. *Ann. Behav. Med*. 2001; 23: 229-246.
577. Littell JH, Girvin H. Stages of change: a critique. *Behav. Modif*. 2002; 26: 223-273.
578. Riemsmma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *British Medical Journal*. 2003; 326: 1175-1177.
579. Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of transtheoretical model based interventions on smoking cessation. *Soc. Sci. Med*. 2009; 68: 397-403.
580. Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vahasarja K, Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Educ. Res*. 2009; 24: 237-252.
581. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res*. 2004; 20: 237-243.
582. Sutton S. Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*. 2001; 96: 175-186.
583. Brug J, Conner M, Harre N, Kremers S, McKellar S, Whitelaw S. The transtheoretical model and stages of change, a critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. Why don't stage-based activity promotion intervention work? *Health Educ. Res*. 2005; 20: 244-258.

584. Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ. Res.* 2004; 20: 237-243.
585. Prochaska JO. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction.* 2006; 101: 768-774.
586. Noar SM, Benac CN, Harris MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol. Bull.* 2007; 133: 673-693.
587. Hutchinson AJ, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ. Behav.* 2008; 36: 829-845.
588. Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TB. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *Am. J. Health Promot.* 2002; 17: 7-71.
589. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavior Psychotherapy.* 1983; 11: 147-172.
590. Butler C, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smoker in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice.* 1999; 49: 611-616.
591. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health.* 1992; 1: 26-37.
592. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004; 72: 1050-1062.
593. Miller WR, Benefield RG, Tonign JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled study of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993; 61: 455-461.
594. Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse.* 1997; 2: 8-16.
595. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behavior change: a guide for practitioners.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
596. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. *Br. J. General Practice.* 1999; 49: 611-616.
597. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005; 1: 91-111.
598. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. General Practice.* 2005; 55: 305-312.
599. Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *Br. J. Health Psychol.* 2006; 11: 319-332.
600. Britt E, Hudson SM, Neville M, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling.* 2004; 53: 147-155.
601. Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Patient Education and Counselling.* 2004; 53: 147-155.

602. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev. Med.* 2005; 41: 815-821.
603. McNab C, Purcell R. The effectiveness of motivational interviewing for young people with substance use and mental health disorders. Canberra: National Youth Mental Health Foundation; 2009.
604. Moyers TB, Yahne CE. Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse.* 1998; 3: 30-33.
605. Oliveira MS, Laranjeira R, Araujo RB, Camilo RL, Schneider DD. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2003; 16: 265-270.
606. Albernaz ALG, Passos SRL. Uso de substâncias psicoativas. In: Coutinho MFG, Barros, RR (Organizadores). *Adolescência: uma abordagem prática.* São Paulo: Liv. Atheneu; 2001.
607. De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso do álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev. AMB.* 2004; 50: 305-313.
608. Oliveira MS, Andretta I, Rigoni MS, Szupszynski KPR. A entrevista motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2008; 21: 261-266.
609. Jaeger A, Oliveira MS, Freire SD. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. *Temas em Psicologia.* 2008; 16: 97-106.
610. Sales CMB. Revisão da literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. *Psicol. Estud.* 2009; 14: 333-340.
611. Andretta I. A efetividade da entrevista motivacional em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
612. Andretta I, Oliveira MS. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia.* 2008; 25: 45-53.
613. Ramos SS. Princípios de mudanças de comportamentais e manejo dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul.* 2010; 20: 1-5.
614. Melo WV, Oliveira MS, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia.* 2006; 10: 91-99.
615. Abduch C. Grupos operativos com adolescentes. In: Ministério da Saúde. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.* Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Área do Adolescente e do Jovem; 1999.
616. Pichon-Rivière E. Historia de la técnica de los grupos operativos. *Temas de Psicología Social.* 1984; 6: 21-33.
617. Pichon-Rivière E. Una teoría del abordage de la prevención en el ambito del grupo familiar. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.
618. Bastos ABBI. A técnica de grupos operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicólogo inFormação.* 2010; 14: 160-169.

619. Ritter T, Olschowsky BRL, Kohlrausch E. Grupos Operativos, Pichon Riviere (1907-1977). 2009 [acesso em 12 de fevereiro de 2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/enfermagem/disciplinas/enf03008/material/pichon.ppt>.
620. Portarrieu ML, Tubert-Oklander J. Grupos operativos. In: Osório LC (Organizador). Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
621. Zimmerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
622. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2007; 11: 52-57.
623. Echevarrieta AB. El grupo operativo de Enrique Pichon-Rivière: análisis y crítica. Madrid: Memoria para optar al grado de doctor en el Departamento de Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid; 1999.
624. Freire M. O que é um grupo? In: Grossi E, Bordin J (Organizadores). A paixão de aprender. Petrópolis: Ed. Vozes, 12ª Ed; 2011.
625. Visca J. Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente. Porto Alegre: Artes Médicas; 1978.
626. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19: 1039-1047.
627. Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. Ciências & Saúde Coletiva. 2010; 15: 1123-1132.
628. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. Cienc. Cuid. Saúde. 2009; 8: 594-599.
629. Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. Rev. Enferm. UERJ. 2007; 15: 242-247.
630. Bueno D, Siebertz M. Contribuição de grupos operacionais no fortalecimento da atenção primária à saúde. Rev. APS. 2008; 11: 468-473.
631. Moreira AC, Oliveira AAF, Costa LVF. A percepção do usuário em relação a grupos operativos na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
632. Sartori GS, van der Sand ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de rocas e de vínculos entre os participantes. Rev. Eletr.Enf [periódico na internet] 2004 [acesso em 25 de maio de 2009] Disponível em <http://www.fe.ufg.br/revista/v06/n2>.
633. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface, Comunicação Saúde Educação. 2009; 13: 7-18.
634. Spadini LS, Souza MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. Esc. Anna Nery R. Enferm. 2006; 10: 132-138.
635. Samea M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; 19: 85-90.
636. Menezes JC. Atenção primária à saúde e puericultura: uma proposta de intervenção. Belo Horizonte: NESCON/Faculdade de Medicina da UFMG; 2010.
637. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. Rev. APS. 2009; 12: 293-301.

638. New Health Partnerships. Problem solving. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
639. Bodenheimer T, Lorig K, Holnick H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002; 288: 2469-2475.
640. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control in risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004; 291: 335-342.
641. Afonso NM, Nassif G, Aranha AN, Delor B, Cardozo LJ. Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risk patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? *Am. J. Manag. Care*. 2006; 12: 589-594.
642. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R, Griffin MR, Liu X, Stone W et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. *Ann. Intern. Med.* 2006; 145: 165-175.
643. Ferris TG, Saglam D, Stafford RS, Cousino N, Starfield B, Culpepper L, Blumenthal D. Changes in daily practice of primary care for children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152: 227-233.
644. Stafford RS, Saglam D, Causino N, Starfield B, Culpepper L, Marder WD, Blumenthal D. Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Arch. Fam. Med.* 1999; 8:26-32.
645. Mechanic D, McAlpine MA, Rosenthal M. Are patients' office visit with physician getting shorter? *N. Engl. J. Med.* 2001; 344:198-204.
646. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultation: cross sectional survey. *British Medical Journal*. 1999; 319: 738-743.
647. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*. 1990; 28:19-28.
648. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware Jr JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann. Intern. Med.* 1996; 124:497-504.
649. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers WH, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. *Med. Care*. 1995; 33:1176-1187.
650. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, Brink-Muinen AVD, Bensing J, Maeseneer JD. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ. Couns.* 2004; 54:227-233.
651. Yarnall KSH, Pollack KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am. J. Public Health*. 2003; 93: 635-641.
652. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollack KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 209-214.
653. Bodenheimer T. A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*. 2007; 298: 2048-2055.
654. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74: 511-544.

655. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliot M et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: 405-410.
656. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine.* 2008; 359: 2086-2089.
657. Center for Studying Health System Change. Physician survey. 2008 [acesso em 11 de novembro de 2009]. Disponível em <http://www.hschange.com>.
658. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA.* 1984; 252: 2441-2446.
659. O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med. Care Rev.* 1992; 49: 435-454.
660. Morris LA, Tabak ER, Gondek K. Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med. Care.* 1997; 35: 996-1007.
661. Dugdale DC. Time and the physician-patient relationship. *J. Gen. Intern. Med.* 1999; 14:34-40.
662. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
663. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 83-90.
664. Schillinger D, Machinger F, Wang F, Rodriguez M, Bindman A. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Healthcare Research and Quality. *Advances in patient safety: from research to implementation.* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
665. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 3ª edição; 1977.
666. Welch HG, Schwartz LM, Wolosin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health.* Boston: Bacon Press; 2011.
667. Brownlee S. *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer.* New York: Bloomsbury USA; 2008.
668. Gusso G. Os rumos da atenção primária e da estratégia de saúde da família no Brasil. Brasília: Simpósio de Política e Saúde do CEBES; 2011.
669. Gérvás J, Fernández MP. Los daños provocados por la promoción y por las actividades preventivas: dañar por prevenir. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (periódicos na internet)* 2009 [acesso em 12 de março de 2011]; Vol. 1: ISS 4, Article 6. Disponível em <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/6>.
670. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal.* 2002; 324: 886-891.
671. Teixeira C. *O futuro da prevenção.* Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
672. Napoli M. PSA screening test for prostate cancer: an interview with Otis Brawley. Center for Medical Consumers. 2003 [acesso em 6 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://medicalconsumers.org/2003/05/01/psa-screening-test-for-prostate-cancer>.

673. Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh: Churchill Livingstone, Third edition; 2009.
674. Vennemann M, Fischer D, Bajamowski T. Prevention of sudden infant death syndrome (SIDS) due to an active health monitoring system 20 years prior to the public "Back to Sleep" campaigns. *Arch. Dis. Child.* 2006; 91: 144-146.
675. Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac. Sanit. Bilbao.* 2007; 104: 93-96.
676. Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann. Intern. Med.* 2002; 136: 701-703.
677. Charap MH. The periodic health examination: genesis of myth. *Ann. Intern. Med.* 1981; 95: 733-735.
678. Birnbaum S. CT scanning: to much of a good thing. *British Medical Journal.* 2007; 334-1106.
679. Jimeno J, Molist N, Serrano V, Serrano L, Gracia R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en diabetes mellitus 2. *Aten. Primaria.* 2005; 35: 30-36.
680. Jamouille M, Roland M, Bentsen N, Klinkman M, Falkoe E, Bernstein B et al. Working fields and prevention domains in general practices/Family medicine. 2002 [acesso em 23 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://docpatient.net/mj/prev.html>
681. Lippman H. Practice in the twenty-first century. *Hippocrates.* 2000; 1: 38-43.
682. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
683. National Health Service. Equity and excellence: liberating the NHS. London: The Stationery Office; 2010.
684. Heath I. World Organization of Family Doctors (WONCA) perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care.* 2010; 10: 10-11.
685. Gusso G. Necessidades do SUS e processos de geração de educadores. Brasília: Departamento de Gestão e de Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde/Ministério da Saúde; 2007.
686. Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM (Organizador). *A saúde nas palavras e nos gestos.* São Paulo: Hucitec; 2001.
687. Meador CK. The art and science of nondisease. *New England Journal of Medicine.* 1965; 14: 92-95.
688. Pilowsky I. Abnormal illness behavior. *Br. J. Med. Psychol.* 1969; 42: 347-351.
689. McWhinney I, Freeman T. Manual de medicina da família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 3ª edição; 2010.
690. Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; 2005.
691. McWhinney I. The importance of being different. *British Journal of General Practice.* 1996; 46: 433-436.
692. Gawande A. Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London: Profile Books; 2002.

693. Groopman J. Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine. New York: Penguin; 2001.
694. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS. 2008; 11: 285-294.
695. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br. J. Gen. Pract. 2000; 50: 882-887.
696. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. JAMA. 1999; 282: 2313-2320.
697. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. J. Gen. Intern. Med. 2005; 20: 531-535.
698. Street RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. Med. Care. 2005; 43: 960-969.
699. Coulter A, Magee H. The European patient of the future. Maidenhead: Open University Press; 2003.
700. Finset A. Emotions, narratives and empathy in clinical communication. International Journal of Integrated Care. 2010; 10: 53-55.
701. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. British Journal of Cancer. 2003; 88: 658-665.
702. Graugaard PK, Holgersen K, Finset A. Communicating with alexithymic and non-alexithymic patients: an experimental study of the effect of psychosocial communication and empathy on patient satisfaction. Psychotherapy and Psychosomatics. 2004; 73: 92-100.
703. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. Br. J. Gen. Pract. 2002; 52: S9-12.
704. Kim SS, Koploviz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Evaluation and the Health Professions. 2004; 27: 237-251.
705. Adler HM. Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship: an emerging dialogue. Journal of General Internal Medicine. 2007; 22: 280-285.
706. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda : have we improved ? JAMA. 1999; 281: 283-287.
707. Folha de São Paulo. Consulta a jato. Editorial de 14 de outubro de 2011.
708. Leader D, Corfield D. Por que as pessoas ficam doentes? Como a mente interfere no bem-estar físico. Rio de Janeiro: BestSeller; 2009.
709. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. British Medical Journal. 2000; 320: 526-527.
710. New Health Partnerships. Supporting self-management: emphasizing patient role. 2008 [acesso em 21 de fevereiro de 2009]. Disponível em: <http://www.newhealthpartnerships.org>.
711. Picker Institute. Principles of patient-centered care. 2011 [acesso em 7 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>

712. Johnson BV. Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 2008.
713. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann. Intern. Med.* 1984; 101: 692-696.
714. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine.* 1986; 11: 28-30.
715. Svarstad B. Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: Mechanic D (Editor). *The growth of bureaucratic medicine.* New York: Wiley; 1976.
716. Hulka BS, Kupper LL, Cassel JC, Mayo F. Doctor-patient communication and outcomes among diabetes patients. *J. Health Commun.* 1975; 1: 15-27.
717. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health.* 1989; 10: 163-180.
718. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, Fernandez A, Somkin CP, Wilson CC. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2006; 4: 54-62.
719. Morrison S. Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville: National Health Care for Homeless Council; 2007.
720. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
721. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. 1999 [acesso em 18 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsFTito.htm>.
722. Bastiaens H, von Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling.* 2007; 68:33-42.
723. Bieber C, Muller KG, Blumentiel K, Schneider A, Richter A, Wilkie S et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: a qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling.* 2006; 63: 357-366.
724. Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y. A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations.* 2004; 7: 235-245.
725. Griffin S, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine.* 2004; 2:595-608.
726. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *British Medical Journal.* 2006; 333:417-419.
727. Ottawa Health Research Institute. Patient decision Aids. 2008 [acesso em 28 de abril de 2009]. Disponível em: <http://www.ohri.ca>.
728. Maly RC, Abrahamse AF, Hirsch SH, Frank JC, Reuben DB. What influences physician practice behavior? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. *Arch. Family Med.* 1996; 5: 448-454.

729. Kennedy AP, Rogers AE. Improving patient involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. *Patient Educ. Couns.* 2002; 47: 257-263.
730. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* 2003; 29: 563-574.
731. Wetzels R, Geest TA, Wensing M, Ferreira PL, Grol R, Baker R. GP's views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Educ. Couns.* 2004; 53: 183-188.
732. Australian Government. Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian Government. Canberra: Department of Health and Ageing; 2008.
733. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann. Fam. Med.* 2005; 3: 415-421.
734. Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
735. Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Smith SB, Stone S. Patient-centered care: improvement guide. Camden: Picker Institute; 2008.
736. Hornberger J, Thom D, Macurdy T. Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patient's concern in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* 1997; 12: 597-606.
737. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000; 15: 259-267.
738. Lasater L. Patient literacy, adherence, and coagulation therapy outcomes: a preliminary report. *Journal of General Internal Medicine.* 2003; 18: 179.
739. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington: The National Academies Press; 2003.
740. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: The National Academies Press; 2004.
741. Von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine.* 2006; 63:1344-1351.
742. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parish NS, Coates W, Imara M. The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine.* 1996; 5: 329-334.
743. Barrett SE, Puryear JS, Westpheling K. Health literacy practices in primary care settings: examples from the field. New York: The Commonwealth Fund; 2008.
744. Eakin EG, Bull SS, Glasgow RE, Mason M. Reaching those most in need: a review of diabetes selfmanagement interventions in disadvantaged populations. *Diabetes Metabolism Research and Reviews.* 2002;18: 26-35.
745. Gustafson DH, Hawkins RP, Boberg EW, McTavish F, Owens B, Wise M et al. CHESS: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics.* 2002; 65: 169-177.

746. Munhoz FJS, Baggio MS, Sizenando KMC, Scutato R. Alfabetizando com saúde: uma inovação social baseada no trabalho voluntário. *Revista Gestão Pública em Curitiba*. 2011; 2: 3-7.
747. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da atenção primária à saúde nos estados*. Brasília: CONASS; 2011.
748. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Departamento de Atenção Básica/SAS/MS; 2001.
749. Cervený CMO, Berthoud CM. *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
750. Souza RA. Tipos de família. 2011 [acesso em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://medicinadefamiliabr.blogspot.com/2011/01/tipos-de-familia.html>
751. Ministerio de Salud de Chile. *Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria*. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2008.
752. Ditterich RG. *O trabalho com famílias realizado pelo cirurgião-dentista do Programa de Saúde da Família (PSF) de Curitiba, PR [monografia de especialização]*. Curitiba: Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2005.
753. Mendes EV. *O processo social de distritalização da saúde*. In: Mendes EV (Organizador). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, Terceira Edição; 1995.
754. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 6, Abordagem familiar*. Belo Horizonte: ESPMG; 2009.
755. Velschan BCG, Soares EL, Corvino M. Perfil do profissional de saúde da família. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2002; 59: 314-316.
756. Ditterich RG, Gabardo MCL, Moysés SJ. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família em Curitiba, PR. *Saúde Soc*. 2009; 18: 515-524.
757. Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002.
758. Rakel RE. *Tratado de medicina da família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 5ª edição; 1997.
759. Duvall EM. *Family development*. Philadelphia: Lippincott, 5th edition; 1977.
760. Schutz WC. *FIRO: a three dimensional theory of interpersonal behavior*. New York; Holt, Rinehart & Wilson; 1958.
761. Doherty WJ, Colangelo N. The family FIRO model: a modest proposal for organizing family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1984; 10: 19-29.
762. Librach SL, Talbot Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. *Canadian Family Physician*. 1991; 37: 404-409.

763. Walters I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: Wilson L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 1996.
764. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6: 1231-1239.
765. Martini AM, Sousa FGM, Gonçalves APF, Lopes MLH. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Rev. Eletr.Enf.* [periódico na internet] 2007 [acesso em 18 de julho de 2009]. Vol.9, Nº 2. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>.
766. Rocha M, Nascimento LC, Lima RAG. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2002; 10: 709-714.
767. Duarte YAO. Família, rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
768. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1994.
769. Mladovski P, Mossialos E. A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London: London School of Economics and Political Science; 2006.
770. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. *Rev. Saude Pública.* 2007; 41: 139-149.
771. Scott C, Hofmeyer A. Network and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems.* 2007; 5: 9.
772. Schaefer J, Miler D, Goldstein M, Simmons L. Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
773. Department of Health. Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London: Department of Health; 2005.
774. Colin-Thome D. O princípio da integralidade. São Paulo: Seminário Internacional 20 anos do SUS; 2008.
775. Ham CA, Parker H, Singh D, Wade E. Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick: Institute for Innovation and Improvement; 2007.
776. Kaiser Permanente. La salud em casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
777. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
778. Horner SD. Using the Open Airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J. Sch. Health,* 68: 329-33, 1998.
779. LeFort SM. A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J. Nursing Scholarship.* 2000; 32:153-160.

780. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2003; 53: 764-770.
781. Steinweg KK, Killingsworth RE, Nannini RJ, Spayde J. The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. 1998; *Mil. Med.*, 163: 139-144.
782. Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ.* 2005; 31: 225-234.
783. Mesters I, Meertens R, Kok G, Parcel GS. Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J. Asthma.* 1994; 31: 347-359.
784. Tschopp JM, Frey JG, Pernet R, Burrus C, Jordan B, Morin A et al. Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly.* 2002; 132: 92-97.
785. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr B, Bandura A. Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care.* 2001; 39: 1217-1223.
786. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Ed. Couns.* 2002; 48: 177-187.
787. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19:11-20.
788. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
789. Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs. Res.* 2003; 52: 361-369.
790. Hainworth J, Barlow J. Volunteers' experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: it's almost as if I've stopped aging and started to get younger! *Arthritis Rheum.* 2001; 45: 378-383.
791. Struthers R, Hodge FS, De Cora L, Cantrell BG. The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes. *J. Rural Health.* 2003; 19: 174-180.
792. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2005; 20: 128-136.
793. Singh D. *Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature.* Birmingham: Health Services Management Centre; 2005.
794. Department of Health. *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century.* London: Department of Health; 2001.
795. Stanford Patient Education Research Center. *Patient education in Department of Medicine* [acesso em 13 de maio de 2009]. Disponível em <http://www.patienteducation.stanford.edu>.
796. Osborne RH, Wilson T, Lorig KR, McColl GJ. Does self-management lead to sustainable health benefit in people with arthritis?: a 2-year transition study of 452 australians. *J. Rheumatol.* 2007; 34: 1-6.

797. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163:585-591.
798. Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Medical Care.* 1999; 37: 5-14.
799. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
800. González AM, Fabrellas NP, Agramunt MP, Rodríguez EP, Grifell EM. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]* 2008 [acesso em 21 de outubro de 2009]. Vol. 1: ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/3>.
801. Shames RS, Share KP, Mayer M, Robinson TN, Hoyle EG, Hensley FG et al. Effectiveness of a multicomponent self-management program in at-risk, school-aged children with asthma. *Ann. Allergy Asthma.* 2004; 92: 611-618.
802. Choy DK, Tong M, Ko F, Li ST, Ho A, Chan J et al. Evaluation of the efficacy of a hospital-based asthma education programme in patients of low socio-economic status in Hong Kong. *Clin. Exp. Allergy.* 1999; 29: 84-90.
803. Ghosh CS, Ravindran P, Joshi M, Stearns SC. Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46: 1087-1093.
804. Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 2004; 52: 259-266.
805. Wright SP, Walsh H, Ingleby KM, Muncaster PA, Gamble GD, Pearl A. Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 371-380.
806. Chiang LC, Huang JL, Lu CM. Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. *J. Asthma.* 2004; 41: 205-215.
807. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Prom.* 2004; 19: 81-93.
808. Clement S. Diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 1995; 18: 1204-1214.
809. Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C. Helping patients manage their chronic conditions. Oakland: California Healthcare Foundation; 2005.
810. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KMV. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2001; 24: 561-587.
811. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot. Pract.* 2005; 6: 37-43.
812. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *Am. Psychol.* 2002; 57: 705-717.
813. van Dam HA, van der Hort F, van den Borne B, Ryckman R, Crebolder H. Provider-patient interaction in diabetes care. *Patient Educ. Couns.* 2003; 51: 17-28.

814. Boulware LE, Daumit GL, Frick KD, Minkovitz CS, Laurence RS, Powe NR. An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am. J. Prev. Med.* 2001; 21: 221-232.
815. Marti M, Fabrellas N, Chicote S, Escribano V, Raventos A, Padilla N. Llamada al autocuidado: seguimiento telefónico a enfermedades crónicas. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódico na internet]*. 2009 [acesso em 11 de abril de 2010]. Vol 1, ISS 3, Article 6. Disponível em <http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss3/6>.
816. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 2002; 25: 1159-1171.
817. Griffin S, Kinmonth AI. Systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000; 2, CD000541.
818. Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension (review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 1, CD005182.
819. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am. J. Prev. Med.* 2002; 22: 267-284.
820. Kanaan SB. Promoting effective self-management approaches to improve chronic disease care: lessons learned. Oakland: California Healthcare Foundation; 2008.
821. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur. J. Heart Fail.* 2003; 5: 363-370.
822. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca de España. *Rev. Esp. Cardiol.* 2006; 59: 166-170.
823. Handley M, MacGregor K, Schillinger D, Sharifi C, Wong S, Bodenheimer T. Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors. *J. Am. Board Fam. Med.* 2006; 19:224-231.
824. Ammerman AS, Lindquist CH, Lohr KN, Hersey J. The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev. Med.* 2002; 35:25-41.
825. Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Promot.* 2004; 19:81-93.
826. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública.* 2005; 21: 379-386.
827. Sobel D. Patient as partners: improving health and cost outcomes with selfcare and chronic disease self-management. 2003 [acesso de 23 setembro de 2009]. Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk/uploads/DavidSobel.ppt>
828. Kaiser Permanente. La salud en casa: guia práctica de Healthwise y Kaiser Permanente. Boise: Kaiser Permanente; 2004.
829. Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Ed. Couns.* 2001; 44: 205-214.

830. Charlton I, Charlton G, Broomfield J, Mullee MA. Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *British Medical Journal*. 1990; 301: 1355-1359.
831. Kabcenell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Inovations Series; 2006.
832. Moore LG. Escaping the tyranny of the urgent by delivering planned care. *Fam.Pract.Manag*. 2006; 13: 37-40.
833. Irani M, Dixon M, Dean JD. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal of Royal Society of Medicine*. 2007; 100: 75-77.
834. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004; 14: 246-251.
835. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med*. 1995; 333:1190-1195.
836. Philbin EF. Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. *J. Gen. Int. Med*. 1999; 14:130-135.
837. Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J. Card. Fail*. 1999; 5: 64-75.
838. Philbin EF, Rocco TA, Lindenmuth NW, Ulrich K, McCall M, Jenkins PL. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure: the MISCHF Study Investigators. *Am. J. Med*. 2000; 109: 43-449.
839. Gonseth J, Castellón PG, Banejas JR, Artajelo ER. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur. Heart J*. 2004; 25: 1570-1595.
840. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008.
841. Arruda JR. Lançamento das UPASs. *Correio Braziliense*, 20 de dezembro de 2008.
842. Pestana M. Devagar com a UPA. *O Globo*, 11 de novembro de 2008.
843. Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*. 2008; 359: 2086-2089.
844. Campbell SM, Hacker J, Hann M, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. *British Medical Journal*. 2001; 323:784-787.
845. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. *Br. J. Gen. Pract*. 2002; 52:1012-1020.
846. Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in health care: research and reality. 2007 [acesso em 6 de fevereiro de 2008]. Disponível em <http://www.healthcarepapers.com>.
847. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J. Health Serv. Res. Policy*. 2004; 9: 28-38.
848. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

849. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*. 2000; 320: 569-572.
850. Wagner EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counselling*. 1995; 26: 225-230.
851. Bowey AM, Conelly R. Application of the concept of grouping working. Glasgow: University of Strathclyde Business School; 1977.
852. McGregor D. *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill; 1960.
853. Andreason LE, Coriat B, den Hertog F, Kaplinsky R (Editors). *Europe's next step: organisational innovation, competition and employment*. Essex: Frank Cass; 1995.
854. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
855. Dartmouth Medical School/Center for Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth/Institute for Healthcare Improvement. *Clinical Mycosystem Action Guide: Improving health care by improving your mycosystem*. 2004 [acesso em 17 de julho de 2009]. Disponível em: <http://www.clinicalmycosystem.org>
856. Mendes EV. *A análise de tarefas no desenho de programas de saúde*. Montes Claros: IPPEDASAR; 1973.
857. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs. Res.* 1995; 44: 332-339.
858. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*. 2002; 324: 819-823.
859. Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B. The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of healthcare services? *Med. Care Res.* 2009; 66: 355-895.
860. Roblin DW, Howard DH, Becker ER, Kathleen A, Roberts MH. Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health Serv. Res.* 2004; 39: 607-626.
861. Laurant M, Hermens R, Braspening J, Grol R, Sibbald B. Nurse practitioners do not reduce the workload of GPs. *British Medical Journal*. 2004; 328: 927-930.
862. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann. Intern. Med.* 1995; 122: 353-359.
863. Cohen SG, Bailey DE. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *J. Manag.* 1997; 23: 239-290.
864. Feiger SM, Schmitt MH. Collegiality in interdisciplinary health teams: its measurement and its effects. *Soc. Sci. Med.* 1979; 13: 217-229.
865. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pinault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 188.

866. Murchie P, Campbell NC, Rithie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326: 84.
867. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Wesseling GJ, van Schayck CP, Spreeuwenberg C. Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physician. *J. Clin. Nurs*. 2003; 12: 366-373.
868. Halcomb E, Davidson P, Daly J, Yallop J, Toffler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs*. 2004; 3: 135-147, 2004.
869. Roblin DW, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med. Care*. 2004; 42: 579-590.
870. Bernstein C, Bjorkman I, Caramona M, Crealey G, Frokjaer B, Grundberger E et al. Improving the well-being of elderly patients via community-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging*. 2001;18:63-77.
871. Finley PR, ReinsHR, Pont JT, Gess SL, Louie C, Bull SA, Lee JY, Bero LA. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*. 2003; 23: 1175-1185.
872. Taylor CT, Byrd DC, Krueger K. Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. *Am.J.Health Syst. Pharm*. 2003; 60: 1123-1129.
873. Lorig KR, Mazonson P, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993; 36: 439-446.
874. Witmer A, Seifer SD, Finocchio L, Leslie J, O'Neill EH. Community health workers: integral members of the health care work force. *Am. J. Public Health*. 1995; 85: 1055-1058.
875. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW, Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate*. 1996; 51:38-43.
876. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação dos trabalhos dos agentes comunitários da saúde. *Saúde em Debate*. 1996; 51: 4-15.
877. Gonzaga AA, Muller Neto JS. Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 2000; 1:53-56.
878. Silva JA. O agente comunitário do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
879. Sousa MF. Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo: Ed. Hucitec; 2001.
880. Carvalho VLM. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçica da Serra [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
881. Nunes MO, Trad LB, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*. 18:1639-46.
882. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20:197-203.

883. Chaves SMM. As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente [dissertação de mestrado]. Presidente Prudente: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE; 2005.
884. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2006; 18: 43-51.
885. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 131-144.
886. Simon GE, Katon WJ, von Korff M, Unutzer J, Lin EHB, Walker EA et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001; 158: 1638-1644.
887. Katon W, Russo J, von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J. Gen. Intern. Med*. 2002; 17: 741-748.
888. Simon GE, von Korff M, Ludman EJ, Katon WE, Rutter C, Unutzer J et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med. Care*. 2002; 40: 941-950.
889. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288: 2836-2845.
890. Asarnow JR, Jaycox LH, Duran N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005; 293: 311-319.
891. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V et al. Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. *British Medical Journal*. 1998; 316: 23-27.
892. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA et al. A nurse coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J. Gen. Int. Med*. 1995; 10: 59-66.
893. Lenz ER, Mundiger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med. Care Res. Rev*. 2004; 61: 332-351.
894. Dickinson LM, Rost K, Nutting PA, Elliot CE, Keeley RD, Pincus H. RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. *Ann. Fam. Med*. 2005; 3: 15-22.
895. Modell M, Wonke B, Anionwu E, Khan M, Tai SS, Lloyd M, Modell B. A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. *British Medical Journal*. 1998; 317: 788-791.
896. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbam M, Duan N, Meredith L, Unutzer J et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 283: 212-220.

897. Stevenson K, Baker R, Farooqia A, Sorriea R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Fam. Pract.* 2001; 18: 21-26.
898. Patterson E. Alberta primary care improvement project: Chinook Primary Care Network. Edmonton: Alberta Health and Wellness; 2006.
899. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J. Interprof. Care.* 2003; 17: 223-237.
900. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete. Belo Horizonte: SAS/SAPS/SESMG; 2007.
901. Masley S, Sokoloff J, Hawes C. Planning group visits for high-risk patients. *Family Practice Management.* 2000 [acesso em 12 de dezembro de 2007]. Disponível em <http://www.aafp.org>.
902. Group Health Cooperative. Visit starter kit. 2001 [acesso em 25 de janeiro de 2007]. Disponível em <http://www.ghc.org>.
903. Hartnett T. Group visit to family physicians result in improved outcomes. 2006 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/545271>
904. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Schindler RS, Klima C, Reynolds H, Magripes U. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study in public clinics. *Obstet. Gynecology.* 2003; 102: 1051-1057.
905. Theobald M, Masley S. A guide to group visit for chronic conditions affected by overweight and obesity. Leawood: American Academy of Family Physicians. s/data.
906. American Academy of Family Physicians. Group visits: shared medical appointments. 2005 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/practicemgt/quality/qitools/pracredesign/january05.html>
907. Agency for Healthcare Research and Quality. Group visits. 2001 [acesso em 21 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.cahps/ahrq.gov/Quality-Improvement/Improvement-Guide/Browse-Interventions/Communication/Group-Visits.aspx>
908. Houck S, Kilo C, Scott J. Group visits. 2003 [acesso em 23 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://www.umassmed.edu/uploadedFiles/diabetes/resources/GroupVisits101.pdf>
909. Scott JC, Robertson B. Kaiser Colorado's cooperative health care clinics: a group approach to patient care. *Managed Care Q.* 1996; 4: 41-45.
910. Beck A, Scott J, Williams P, Robertson B, Jackson D, Gale G. et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1997; 45: 543-549.
911. Terry K. Should doctors see patients in group sessions? *Medical Economics.* 1997; 74: 74-95.
912. Noffsinger E. Will drop-in group medical appointments work in practice? *The Permanente Journal.* 1999; 3: 58-67
913. Sadur CN, Moline N., Costa M., Michalik D., Mendlowitz D., Roller, S. et al. Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care.* 1999; 22: 2011-2017.

914. Thompson E. The power of group visits. *Modern Healthcare*. 2000; 5: 54-62.
915. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Cuidado compartilhado (CUCO). Curitiba: Centro de Informação em Saúde/SMS de Curitiba; 2011.
916. Martin JA, Avant RF, Bucholtz JR, Evans KG, Green LA, Henely DE et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann. Fam. Med.* 2004; 2: S3-S32.
917. Jaber R, Braksmajer A, Trilling J. Group visits for chronic illness care: model, benefits and challenges. *Fam. Pract. Manag.* 2006; 13: 37-40.
918. Balasubramanian BA, Chase SM, Nutting PA, Cohen DJ, Strickland PAO, Crosson JC. et al. Using learning teams for reflective adaptation (ultra): insights from a team-based change management strategy in primary care. *Ann. Fam. Med.* 2010; 8: 425-432.
919. Group Health Cooperative. Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams. 2001 [acesso em 13 de janeiro de 2007]. Disponível em: <http://www.ghc.org>.
920. House of Commons. NHS continuing care, volume I: report, together with formal minutes, oral and written evidence. London: The Stationery Office Limited; 2005.
921. Capital Care. Capital Care renovating older centres. 2011 [acesso de 14 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.capitalcare.net>
922. Albieri FAO. O caso de Diadema. Brasília: Seminário sobre Regulação na APS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
923. Moore G. The case of disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Q.* 1992; 70: 361-379.
924. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
925. Institute of Medicine. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington: The National Academies Press; 2011.
926. Ryden MB, Snyder M, Gross CR, Savik K, Pearson V et al. Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist*. 2000; 40: 654-662.
927. Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begun S et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma. *British Medical Journal*. 2004; 328:144.
928. Kamps AWA, Roorda RJ, Kimpen JLL, Groes AWD, Peek LCJAM, Brand PLP. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur. Respir. J.* 2004; 23: 304-309.
929. Greineder DK, Loane KC, Parks P. Reduction in resource utilization by an asthma outreach program. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; 149: 415-420.
930. Blue L, Lang E, McMurray JJ, McDonagh TA, Murdoch DR, Petrie M et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*. 2001; 323: 715-718.

931. Alves Júnior AC. Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 [acesso em 26 de dezembro de 2011]. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes>.
932. Moraes EM. Centro Mais Vida Macro Centro I. Belo Horizonte: Instituto Jenny de Andrade Faria de atenção à saúde do idoso/Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG; 2011.
933. Gusso G. Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2005.
934. Starfield B. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. Recife: Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados; 2007.
935. Jarman BS, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A et al. Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*. 1999; 318:1515-1520.
936. Vogel RL, Ackerman RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International Journal of Health Services*. 1998; 28:183-196.
937. Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research*. 2004; 4:12.
938. Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24: 252-254.
939. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 2003; 35:60-64.
940. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. *Public Health*. 2005; 119:699-710.
941. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998; 47:105-109.
942. O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, Wulu JT, Shi L. Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? *Health Affairs*. 2005; 24:465-472.
943. Starfield B, Shi L, Macinko J. Primary care contributions to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83: 457-502.
944. Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*. 2003;19:117-124.
945. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J. Fam. Pract.* 1994; 39:123-128.
946. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*. 1979;16:73-83.
947. Fujisawa R, LaFortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: OECD, Health Working Papers nº 41, DELSA/HEA/WDIHWP; 2008.

948. Medicare Payment Advisory Commission. Healthcare spending and the Medicare program. 2005 [acesso em 22 de julho de 2007]. Disponível em: <http://www.medpac.gov>.
949. Roper WL. Perspectives on physician payment reform. *New England Journal of Medicine*. 1998; 319: 865-867.
950. Starfield B. Challenges to research on equity in health. Adelaide: 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health; 2006.
951. Noren J, Frazier T, Altman I, Delozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *N. Engl. J. Med.* 1980; 301: 11-16.
952. Farrel DI, Worth RM, Mishina K. Utilization and cost effectiveness of a family practice center. *J. Fam. Pract.* 1982; 5: 957-962.
953. Engel W, Freund DA, Stein JA, Fletcher RH. The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med. Care*. 1989; 27: 306-314.
954. Starfield B. Entrevista. *Boletim Saúde para Todos*. 2005; 1:1.
955. Starfield B. The primary solution: put doctors where they count. 2005 [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>.
956. Deutchman ME, Sills D, Connor PD. Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J. Am. Board Fam. Pract.* 1995; 8: 440-447.
957. Huetson WJ, Applegate JA, Mansfield CJ, King DE, McClafllin RR. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J. Fam. Pract.* 1995; 40: 345-351.
958. Pinotti JA. PSF. Folha de São Paulo, 30 de novembro de 2008.
959. The Commonwealth Fund. Reducing care fragmentation. *s/data* [acesso em 12 de outubro de 2011]. Disponível em: <http://improvingchroniccare.org>.
960. Friedman NM, Gleeson JM, Kent MJ, Foris M, Rodriguez DJ, Cypress M. Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin. Pract.* 1998; 1: 5-11.
961. Katon W, von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*. 1995; 273: 1026-1031.
962. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lohhart J, Sundaram V et al. Care Coordination Atlas Version 3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
963. Antonelli RC, McAllister JW, Popp J. Making care coordination a critical component of the pediatric healthcare system: a multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund; 2009.
964. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Care coordination, Volume 7. In: Shojania KG, McDonald KM, Watcher RM, Owens (Editors). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies: Volume 7, Care Coordination*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
965. Gandhi TK, Sittig DF, Franklin M, Sussman AJ, Fairchil DG, Bates DW. Communication breakdown in the outpatient referral process. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15: 626-631.
966. Cummins RO, Smith RW, Inui TS. Communication failure in primary care. Failure of consultants to provide follow-up information. *JAMA*. 1980; 243: 1650-1652.

967. NCQA Patient-Centered Medical Home. National Committee for Quality Assurance (NCQA). Care coordination standards. 2011 [acesso em 2 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.ncqa.org>
968. Berta W, Barnsley J, Bloom J, Cockerill R, Davis D, Jaakkimainen L et al. Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports. *Can. Fam. Physician.* 2009; 55: 621-625.
969. Reichman M. Optimizing referrals & consults with a standardized process: successful referrals and consultations depend on open and sussint communication between you, your patients and your consultants. *Fam. Pract. Manag.* 2007; 14: 38-42.
970. Pham HH, O'Malley AS, Bach PB, Martinez CS, Schrag D. Primary care physicians links to other physicians through Medicare patients: the scope of care coordination. *Ann. Intern. Med.* 2009; 150: 236-242.
971. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route for improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.
972. Santos SM. Integração do programa de atenção ao idoso do HC/UFMG (Centro Mais Vida) e atenção primária em Belo Horizonte: experiência e resultados. Belo Horizonte: Oficina de Trabalho da Atenção à Saúde do Idoso; 2012.
973. O'Malley AS, Grossman JM, Cohen GR, Kemper NM, Pham HH. Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J. Gen. Intern. Med.* 2010; 25: 177-185.
974. Metzger J, Zywlak W. Bridging the care gap: using technology for patient referrals. Oakland: California for Healthcare Foundation; 2008.
975. McInnes GT, McGhee SM. Delivery of care for hypertension. *J. Hum. Hypertens.* 1995; 9: 429-433.
976. Kasper EK, Gerstenblith G, Hefter G, van Anden E, Brinker JA, Thiemann DR et al. A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2002; 39: 471-480.
977. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern. Med. J.* 2004; 34: 608-614.
978. Eastwood AJ, Sheldon TA. Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. *Qual. Health Care.* 1996; 5: 134-143.
979. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal.* 1998; 317: 390-396.
980. Varroud-Vial M, Mechaly P, Joannidis S, Chapiro O, Pichard S, Legibot A et al. Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab.* 1999; 25: 55-63.
981. Donohoe ME, Fletton JA, Hook A, Powell R, Robinson I, Stead JW et al. Improving foot care for people with diabetes mellitus : a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabetic Med.* 2000; 17: 581-587.
982. Maislos M, Weisman D. Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol.* 2004; 41: 44-48.

983. Goodwin N, Lawton-Smith S. Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. 2010 [acesso em 12 de janeiro de 2011]. Disponível em <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN>.
984. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. *Br. J. Gen. Pract.* 2004; 54: 259-266.
985. Malcom L, Wright L, Carson S. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N. Z. Med. J.* 2000; 113: 514-517.
986. Moorman PW, Branger PJ, van der Kam WJ, van der Lei J. Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 2001; 8: 372-378.
987. Hyslop A, Robertson K. Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. *Inform. Prim. Care.* 2004; 12: 103-107.
988. Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D, Sheikh A. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 2003; 326: 477-479.
989. Kim HS, Oh JA. Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44: 256-261.
990. Whitlock WL, Brown A, Moore K, Pavliscsak H, Dingbaum A, Lacefield D et al. Telemedicine improved diabetic management. *Mil. Med.* 2000; 165: 579-584.
991. Piette JD, Weinberger M, Kraemer FB, McPhee SJ. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 2001; 24: 202-208.
992. Piette JD, McPhee SJ, Weinberger M, Mah CA, Kraemer FB. Use of automated telephone disease management calls in an ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care.* 1999; 22:1302-1309.
993. Lusignan S, Wells S, Johnson P, Meredith K, Leatham E. Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2001; 3: 723-730.
994. LaFramboise LM, Toderio CM, Zimmerman L, Agrawal S. Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. *Fam. Community Health.* 2003; 26: 275-288.
995. Kruger DF, White K, Galpern A, Mann K, Massirio A, McLellan M, Stevenson J. Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2003; 15: 371-375.
996. Wasson JH, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA.* 1992; 267: 1788-1793.
997. Blerman E. Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. *Stud. Health Technol. Inform.* 2000; 77: 327-332.

998. Benatar D, Bondmass RN, Ghitelman J, Avitall B. Outcomes of chronic heart failure. *Arch. Intern. Med.* 2003; 163: 347-352.
999. Horan PP, Yarborough M, Besigel G, Carlson D. Computer assisted self control of diabetes by adolescents. *Diabetes Educator.* 1990; 16: 205-211.
1000. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *Am. J. Manag. Care.* 2000; 6: 817-827.
1001. Montani S, Bellazzi R, Quaglini S, Dánnunzio Z. Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus. *Diabetes Technol. Ther.* 2001; 3: 347-356.
1002. Riegel B, Beverly C, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A. Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch. Int. Med.* 2002; 162: 705-712.
1003. Oh JA, Kim HS, Yoon KH, Choi ES. A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. *Yonsei Med. J.* 2003; 44: 1-8.
1004. Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Have TT, Conigliaro J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom. Med.* 2003; 65:931-937.
1005. Kwon HS, Cho JH, Kim HS, Lee JH, Soung BR, Oh JA et al. Establishment of blood glucose monitoring system using internet. *Diabetes Care.* 2004; 27: 478-483.
1006. Shea S, Weinstock RS, Starren J, Teresi J, Palmas W, Field L et al. A randomized trial comparing telemedicine case management with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. *J. Am. Med. Informat. Assoc.* 2006; 13: 40-51.
1007. Tildesley HD, Mazanderani AB, Chan JHM, Ross SA. Efficacy of A1C reduction using internet intervention in patients with type 2 diabetes treated with insulin. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 250-253.
1008. Angeles RN, Howard MI, Dolovich L. The effectiveness of web-based tools for improving blood glucose control in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes.* 2011; 35: 344-352.
1009. Revista Época. Brasil tem mais celulares que pessoas. 2011 [acesso em 5 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/00,,EMI203626-15224,00>.
1010. Barlow JH, Bancroft GV, Turner AP. Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.* 2004; 20: 128-136.
1011. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface, comunicação, saúde, educação.* 2008; 12: 579-588.
1012. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. *Informing patients.* London: The King's Fund; 1998.
1013. Escribano FM, Moreno EC, Orozco JM. Experiencia educativa con un paciente experto. *Rev. Clin. Med. Fam.* 2008; 178-189.
1014. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.* 2002; 19: 11-20.

1015. Chernoff RG, Ireys HT, DeVet KA, Kim YJ. A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Arch. Ped. Adolesc. Med.* 2002; 156: 533-539.
1016. Fu D, Hua F, McGowan P, Yei S, Lizhen Z, Huiqin Y, Jianguo M. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization.* 2003; 81: 174-182.
1017. Lozano P, Finkelstein JA, Carey VJ, Wagner EH, Inui TS, Fuhlbrigge AL. A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2004; 158:875-883.
1018. Riegel B, Carlson B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? *Cardiovasc. Nurs.* 2004; 19: 174-183.
1019. Jovell AJ, Navarro R, Fernandez FL, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria.* 2006; 38: 234-237.
1020. Mestre AG, Padrés NR, Perelló MA, Perez ER, Martin EG. De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.* 2008 [periódico na internet]. 2008[acesso em 15 de maio de 2011]. Vol 1, ISS 1, Article 3. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol.1/iss.1>.
1021. Generalitat de Catalunya. Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut; 2007.
1022. Restless Legs Syndrome Foundation. Support groups [acesso em 13 de dezembro de 2008]. Disponível em <http://www.rls.org>.
1023. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II; 2001.
1024. Robinson R, Steiner A. Managed health care. Buckingham: Open University Press; 1998.
1025. Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care.* 1995; 7: 253-260.
1026. Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: The National Academies Press; 1990.
1027. Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA.* 1990; 263: 877-880.
1028. Harbour RT (Editor). Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
1029. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *British Medical Journal.* 1998; 316: 133-137.
1030. Thompson J, Pickering S. Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1031. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
1032. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Bass E, Edwards PB, Browman G et al. Users guides to the medical literature VI: how to use an overview. *JAMA;* 272: 1367-1371.
1033. Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press, 3rd.ed; 1995.

1034. Royal College of Physicians. National clinical guidelines for stroke. London: Royal College of Physicians; 2000.
1035. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 593-596.
1036. Cochrane D. Evidence-based medicine in practice. In: Cochrane D (Editor). *Managed care and modernization*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1037. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (Organizadores). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2ª Ed; 2004.
1038. Felton T. Evidence-based medicine. In: Couch JB (Editor). *The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century*. Gaithersburg: Aspen Publication; 1998.
1039. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Service; 2006.
1040. Kelson MC. The NICE patient involvement unit. *Evidence-Based Health Care & Public Health*. 2005; 9: 304-307.
1041. Graham I, Harrison M, Brouwers. Evaluación y adaptación de guías clínicas para uso local: un marco conceptual. In: Pickering S, Thompson J. *Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización*. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1042. Schunemann HJ. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. Oslo: Norwegian Centre for the Health Services; 2006.
1043. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Cabanne NM, Paquet L et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18: 167-176.
1044. The AGREE Collaboration. *Agree Instrument*. London: St. George's Hospital Medical School; 2001.
1045. Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica* [acesso em 1º de outubro de 2011]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php.
1046. Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo. *Coleção Uma Nova Saúde*. Vitória: Gerência de Regulação e Assistência à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde/SESES; 2008.
1047. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Linhas guia* [acesso em 23 de maio de 2010]. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/linhas-guia>.
1048. Burns LR, Denton M, Goldfein S, Warrick L, Morenz B, Sales B. The use of continuous quality improvement methods in the development and dissemination of medical practice guidelines. *Quality Review Bulletin*. 1992; 18: 434-439.
1049. McNicol M, Layton A, Morgan G. Team working: the key to implementing guidelines? *Quality in Health Care*. 1993; 2: 215-216.

1050. Brown J, Shye D, McFarland B. The paradox of guideline implementation: how AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest region. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1995; 21: 5-21.
1051. Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B. Enhancing adoption of practice guidelines: dissemination of influenza vaccination guidelines using a small-group consensus process. *Archives of Internal Medicine*. 155: 625-632.
1052. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Implementing clinical practice guidelines*. York: CRD; 1994.
1053. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001; 38: 2101-2113.
1054. Feder G, Griffiths C, Hiton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *British Medical Journal*. 1995; 311: 1473-1478.
1055. Payne TH, Galvin MS, Taplin SH, Savarino J, Austin B, Wagner EH. Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. *HMO Practice*. 1995; 9: 101-106.
1056. Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam. Med.* 2002; 34: 514-517.
1057. Grimshaw J, Eccles M. Identifying and using evidence-based guidelines in general practice. In: Silagy C, Haines A. (Editors). *Evidence-based practice in primary care*. London: BMJ Books, 2nd. Ed; 2001.
1058. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*. 1999; 318: 527-530.
1059. Tunis SR, Hayward RS, Wilson MC, Rubin HR, Bass EB, Johnston M, Steinberg EP. Internist's attitudes about clinical practice guidelines. *Ann. Inter. Med.* 1994; 120: 956-963.
1060. Crane M, Werber B. Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. *J. Foot Ankle Surg.* 1999; 38: 30-33.
1061. Chappel NL, Diitt BH, Hollander MJ, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist*. 2004; 44: 389-400.
1062. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1063. Emslie C, Grimshaw J, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *British Medical Journal*. 1993; 306: 1728-1731.
1064. De Vos Meiring P, Wells IP. The effect of radiology guidelines for general practitioners in Plymouth. *Clin. Radiol.* 1990; 42: 327-329.
1065. McDowell I, Newell C, Rosser W. Comparison of three methods of recalling patients for influenza vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1986; 135: 991-997.

1066. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, Singer J. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA*. 1988; 260:1570-1575.
1067. McDowell I, Newell C, Rosser W. Computerized reminders to encourage cervical screening in family practice. *J. Fam. Pract.* 1989; 28: 420-424.
1068. Rosser WW, Hutchinson BG, McDowell I, Newell C. Use of reminders to increase compliance with tetanus booster vaccination. *Can. Med. Assoc.* 1992; 146:911-917.
1069. Oakeshott P, Kerry SM, Williams JE. Randomized controlled trial of the effect of the Royal College of Radiologists' guidelines on general practitioners' referrals for radiographic examination. *Br. Gen. Pract.* 1994; 44:197-200.
1070. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russel I, Hurwitz B, Watt I et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*. 1995; 4:55-64.
1071. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. *Ann.Intern. Med.* 1989;110:640-647.
1072. Vinicor F, Cohen SJ, Mazzuca SA, Moorman N, Wheeler M. Diabetes: a randomized trial of the effects of physician and/or patient education on diabetes patient outcomes. *J. Chronic Dis.* 1987; 40:345-356.
1073. Rogers JL, Haring OM, Wortman PM, Watson RA, Goetz JP. Medical information systems: assessing impact in the areas of hypertension, obesity and renal disease. *Med Care*. 1982; 20:63-74.
1074. North of England study of standards and performance in general practice. Medical audit II: effects on health of patients with common childhood conditions. *British Medical Journal*. 1992; 304:1484-1488.
1075. Zitter M. A new paradigm in health care delivery: disease management. In: Todd WE, Nash D (Editors). *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing Co; 1996.
1076. Guerra J. Conceito de gestão da doença. 2006 [acesso em 21 setembro de 2010]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/conceito_gestao_doenca.pdf.
1077. Kabnecell AI, Langley J, Hupke C. *Innovations in planned care*. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series; 2006.
1078. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348: 2635-2645.
1079. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357: 1515-1523.
1080. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington: The National Academies Press; 1999.
1081. World Health Organization. *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
1082. Starfield B. *First contact*. Boston Review. 2000; 25:15.

1083. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. São Paulo: Editora Record, 3ª edição; 2008.
1084. Emslie S. Foreward. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1085. Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: The Stationery Office; 2000.
1086. Maynard A. Aproximación económica al gobierno clínico. In: Pyckering S, Thompson J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1087. The Lancet. First lessons from the Bristol case. Editorial. Lancet. 1998; 351: 1669.
1088. Conklin A, Vilamovska A, de Vries H, Hatziaandreu E. Improving patient safety in EU. Cambridge: Rand Corporation Europe; 2008.
1089. National Patient Safety Agency. Organisation patient safety incidents reports: primary care organisation without inpatient provision. 2010 [acesso em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports>.
1090. Overetveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2004; 17: 368-376.
1091. McSherry R, Pearce P. A guide to clinical governance. In: McSherry R, Pearce P. Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
1092. Department of Health. Corporate governance in the NHS: code of conduct, code of accountability. London: The Stationery Office; 1994.
1093. Starey N. What is clinical governance. London: Hayward Medical Communications; 1999.
1094. Lima HO. Qualidade e acreditação. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, mimeo; 2009.
1095. Mamede S. A educação permanente na saúde. Fortaleza: Instituto Innovare; 2005.
1096. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick V, Fraser W. A randomized trial of continuing education program. New England Journal of Medicine. 1982; 306: 511-515.
1097. Mamede S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: Mamede S, Penaforte J. (Editores). Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Ed. HUCITEC; 2001.
1098. Perillo CD, Rocha GCE, Lima H, Castro MCB, Cassiano R. A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO. Goiânia: Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec; 2007.
1099. Adelson R, Vanloy WJ, Hepburn K. Performance change in an organizational setting: a conceptual model. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. 1997; 17: 69-80.
1100. Mamede S. Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005.
1101. Silvério JB. O Programa de educação Permanente de Médicos de Família (PEP). Belo Horizonte: GAPS/SAS/SPAS/SESMG; 2008.

1102. Silvério JB. Programa de Educação Permanente para Médicos de Família: relatório situacional. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011.
1103. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. *British Medical Journal*. 1998; 317: 1202-1208.
1104. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
1105. Braybrook S, Walker R. Influencing NSAID prescribing in primary care using different feedback strategies. *Pharmacy World Sci*. 2000; 22: 39-46.
1106. Ilett KF, Johnson S, Greenhill G, Mullen L, Brockis JB, Golledge CL, Reid DB. Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detaller). *Brit. J. Clin. Pharmacol*. 2000; 49: 168-173.
1107. Smits PB, Verbeek JHAM, De Buissonjé CD. Problem based learning in continuing medical education : a review of controlled evaluation studies. *British Medical Journal*. 2002; 324: 153-156.
1108. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001; 286: 1325-1335.
1109. Darer JD. More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad.Med*. 2004; 79: 541-548.
1110. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, M, Zwareinstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester: John Wiley & Sons, Issue 2; 2004.
1111. Engel CE, Vysohlid J, Vodoratski VA. Continuing education for change. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº 28; 1990.
1112. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*. 1991; 303: 398-402.
1113. Balas EA, Weingarten S, Garb CT, Blumenthal D, Boren SA, Brown GD. Improving preventive care by prompting physicians. *Arch. Intern. Med*. 2000; 160: 301-308.
1114. Frigling BD, Lobo CM, Hulscher MAJL, Akkermans RP, van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual. Saf. Health Care*. 2003; 12: 181-187.
1115. Wakley G, Chambers R. Chronic disease management in primary care: quality and outcomes. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd; 2005.
1116. Frijling BD, Lobo CM, Hulscher MEJL, Akkermans JCC, Braspening JCC, Prins A et al. Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet. Med*. 2002; 19: 836-842.
1117. Bandeira EMFS, Pimenta FAP, Souza MC. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.

1118. Loevinsohn B. Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington: World Bank Institute; 2008.
1119. Faria RIN. Pay for performance in Brazil: an analysis of case studies [Dissertation for MSc in health economics]. York: University of York; 2010.
1120. Shepherd G. A civil service that performs: primary health care in Curitiba, Brazil. In: Jalilian H, Sen V (Editors). Improving health sector performance: institutions, motivations and incentives. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies; 2011.
1121. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [periódicos na internet] 2008. [acesso em 13 de julho de 2009]. Vol 1. ISS 2, Article 5. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/5>.
1122. Mendes EV. Programa Mãe Curitiba: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
1123. Neto AMC. Relatório situacional: programa de incentivo para a melhoria do desempenho na estratégia da saúde da família, PIMESF. Departamento de Atenção Básica/Secretaria Municipal de Saúde de Piripiri; 2010.
1124. Marty IM. Primeiras experiências de contratos de gestão em Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. In: Giacomini H (Editor). Gestão para resultados em Curitiba: a experiência de contratualização. Curitiba: Instituto de Administração Municipal; 2010.
1125. Savas S, Sheiman I, Tragadekes E, Maarse H. Contracting models and provider competition. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press; 1998.
1126. Centers for Disease Control and Prevention. Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta: MMWR 16; 2001.
1127. Sperl-Hidden JM, O'Connor PS, Carlson RR, Lawson TB, Halstenson C, Crowson T et al. Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. Jt. Comm. J. Quality Improv. 2000; 26:615-622.
1128. Scott J, Thorne A, Horn P. Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. British Medical Journal. 2002; 325:951-954.
1129. Omar AR, Suppiah N, Chai P, Chan YH, Seow YH, Quek LL, Poh KK, Tan HC. Efficacy of community-based multidisciplinary disease management of chronic heart failure. Singapore Med. J. 2007; 48: 528-531.
1130. Johansson B, Holmberg L, Berglund G, Brandberg Y, Hellbom M, Persson C et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. European Journal of Cancer. 2001; 37:2161-2168.
1131. Mullaly CB. The case manager's handbook. Maryland: Aspen Publ; 1998.
1132. Newhouse J. Is competition the answer? Journal Health Economics. 1982; 1: 109-116.
1133. Oliveira PJ, Campos EF, Gontijo MCF. Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação

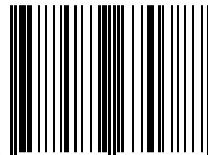
- das Unimed de Minas Gerais. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimed de Minas Gerais; 2008.
1134. Roos NP, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. *The Milbank Quarterly*. 1989; 67: 347-369.
1135. Alliota SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. *Managed care and modernization: a practitioner's guide*. Buckingham: Open University Press; 2001.
1136. Powell SK. *Case management: a practical guide to success in managed care*. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams; 2000.
1137. Fitzgerald JF, Smith DM, Martin DK, Freedman JA, Katz BP. A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch. Int. Med*. 1994; 154: 1721-1729.
1138. Vetter MJ, Bristow L, Ahrens J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. *Home Health C. Nurse*. 2004; 22: 645-648.
1139. Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J. Gen. Int. Med*. 1998; 13: 123-126.
1140. Boaden R, Dusheiko M, Gravelle H, Parker S, Pickard S, Toland M et al. *Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions*. Manchester: The National Primary Care Research and Development Centre; 2005.
1141. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol. Med*. 2006; 36: 7-14.
1142. Gensichen J, Guthlin C, Kleppelb V, Jager C, Mergenthalb K, Gerlach FM, Petersen JJ. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors perspective. *Family Practice*. 2011; 28: 565-571.
1143. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151:369-378.
1144. Unidas. *Medicina preventiva reduz custos nos planos de saúde*. *Jornal da Unidas*. 2004; 14: 2-3.
1145. Chaves SR. Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR. *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Editora da Federação das Unimed de Minas Gerais; 2008.
1146. Gonzáles RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sasaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerencia de caso: un nuevo enfoque en el cuidado a la salud. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2003; 11: 227-231.
1147. Lima ERCP, Araujo CSB, Souza CRN, Lima TBF, Shimazaki ME. *Gestão de caso: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia*. Uberlândia: SMS de Uberlândia; 2012.
1148. Key P. Condiciones crônicas y cambio cultural. In: Bengoa R, Nuño RS. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crônicas, una guía práctica para avanzar*. Barcelona: Elsevier España; 2008.

1149. Chin H. Cómo conseguir el cambio. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1150. Handy C. Gods of management. London: Souvenir Press; 1978.
1151. Beckhard R, Harris RT. Organizational transitions. Reading: Addison-Wiley Publishing Company; 1987.
1152. Harrison R. Strategies for a new age. Human Resource Manage. 1983; 22: 209-235.
1153. Kouzes JM, Posner BZ. The leadership challenge: how to keep getting extraordinary things done in organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
1154. Ashton A. Cultura organizativa. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010.
1155. Bridges W. Transitions, making sense of life's changes. London: Nicholas Brearley; 1980.
1156. Bates P. Strategies for cultural change. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1157. Hill S. Why quality circles failed but total quality management might succeed. British Journal of Industrial Relations. 1991; 29: 541-568.
1158. Senge P. A quinta disciplina. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.
1159. Flaherty J. Coaching: evoking excellence in others. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1999.
1160. Illes V, Sutherland K. Managing change in the NHS. Organisational change: a review for healthcare managers, professionals and researchers. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D; 2001.
1161. Page S, Allsopp D, Casley S. The practice development unit: an experiment in multi-disciplinary innovation. London: Whurr; 1998.
1162. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. Quality in Healthcare. 2001; 10: 76-82.
1163. Rabelo RJ. Gestão de mudança. Florianópolis: Departamento de Automação e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
1164. Kisil M. Gestão da mudança organizacional. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 1998.
1165. Lopes PCB, Stadler CC, Kovalski JL. Gestão da mudança organizacional. Ponta Grossa: Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná; 2003.
1166. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, Von Korff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv. Res. 2002; 37: 791-820.
1167. Si D, Connors C. Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. BMC Health Serv. Res. 2005; 5: 56.
1168. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM, Hroschicki MC, Engebretson KI, O'Connor PJ. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. Ann. Fam. Med. 2006; 4: 310-316.

1169. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev. Chronic Dis.* 2008; 5: A113.
1170. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahomey LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med. Care.* 2005; 43: 436-444.
1171. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Atenção às condições crônicas. Curitiba: CIS/SMS de Curitiba; 2011.
1172. Institute for Healthcare Improvement. Chronic conditions, how to improve. s/data [acesso em 12 de outubro de 2008]. Disponível em <http://www.ihl.org>.
1173. Moysés S, Schwab G, Moysés SJ. Pesquisa avaliativa sobre a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2011.
1174. Institute for Healthcare Improvement. IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series; 2003.
1175. Nelson E, Batalden P, Godfrey M. Quality by design: a clinical system approach. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2007.
1176. Quinn JB. Intelligent enterprise: a knowledge and service based paradigm for industry. New York: The Free Press; 1992.
1177. Nolan TW. Execution of strategic improvement initiatives: to produce system level results. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series 2007; 2007.
1178. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de melhoria. Campinas: Mercado de Letras; 2011.
1179. Associates in Process Improvement. Model for Improvement.s/data [acesso em 23 de agosto de 2008]. Disponível em http://www.apiweb.org/API_home_page.htm.
1180. Shimazaki ME. Guia de estudo: atenção às condições crônicas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009.
1181. Martin JR. Summaries of The New economics for Industry, Government and education 1993. s/data [acesso em 12 de janeiro de 2012. disponível em: <http://waaw/info/ArticleSummaries/ArtSumDeming93>.
1182. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine.* 1998; 128: 651-656.
1183. Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA.* 1994; 272: 797-802.
1184. Pselk PE. Collaboration across organizational boundaries to improve the quality of care. *American Journal of Infection control.* 1997; 25: 85-95.
1185. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Birth.* 1998; 25: 117-124.
1186. Kilo CM, Kabcenell A, Berwick DM. Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. *New Horizons.* 1998; 6: 3-11.

1187. Leape LL, Kabcenell AI, Ghandi TK. Reducing adverse drug events: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 321-331.
1188. Lynn J, Schall MW, Milne C, Nolan KM, Kabcenell A. Quality improvement in end of life care: insights from two collaboratives. *Journal on Quality Improvement*. 2000; 26: 254-267.
1189. Bate P, Tobert G, McLeod H. Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Birmingham: Health Services Management Centre/University of Birmingham; 2002.
1190. Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experiences from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003; 29: 85-93.
1191. Ovretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11: 345-351.
1192. Institute for Healthcare Improvement. IHI Quality Improvement Resources: a model for accelerating improvement. s/ data [acesso em 9 de fevereiro de 2012]. Disponível em: <http://www.healthychild.ucla.edu/First5CAReadiness/materials/siteInfra/IHIQualityImprovementResources.pdf>

ISBN: 978-85-7967-078-7



9 788579 670787

O Brasil tem uma longa história de APS, em seu sistema público de saúde, que começou no início do século XX até chegar ao ciclo atual da atenção básica, caracterizado pela implantação do PSF. Este livro percorre esse trajeto e demonstra que o PSF tem sido uma política pública de sucesso.

O PSF, dada a persistência de problemas estruturais não solucionados – muitos deles agravados pela situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças –, não foi capaz de resolver os problemas mais comuns da saúde, de prover atenção adequada às condições agudas e crônicas e de coordenar as redes de atenção à saúde. Esse modelo de APS, como programa, apesar de seus bons resultados, chegou ao seu limite e esgotou-se. É preciso transformar o PSF numa estratégia de reordenamento do SUS. Ou seja, é preciso inaugurar um novo ciclo da APS que, indo além do discurso, implante, efetivamente, a ESF como um novo paradigma de cuidados primários à saúde.

A consolidação da ESF implica a adoção de uma agenda ampla de mudanças que este livro propõe e detalha. Dentre elas, a implantação de um modelo de atenção às condições crônicas que convoca transformações profundas na clínica e na gestão da ESF.

O livro mostra o acerto da Organização Mundial da Saúde ao indicar a urgência e a profundidade das reformas da APS. “Agora mais do que nunca” é preciso consolidar a ESF no SUS. Uma revolução na APS é possível, mesmo com o estrangimento de recursos do SUS. E uma revolução na APS – a consolidação definitiva da ESF – levará a uma revolução na saúde pública brasileira.

A consolidação da ESF não será uma luta fácil, nem rápida, muito menos barata. Mas a ESF não é um problema sem soluções, mas uma solução com problemas que devem e podem ser superados se houver vontade política para tanto.

Essas são as ideias centrais deste livro que se sustentam em robustas evidências científicas.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



1 9 0 2 - 2 0 1 2



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE