



ERIKA FERNANDA VIANA DE MORAES

O trabalho de uma equipe de Atenção Básica no cuidado aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: percepções sobre a experiência da 'Gestão da Clínica' em Campinas - SP

Campinas
2014



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

Erika Fernanda Viana de Moraes

O trabalho de uma equipe de Atenção Básica no cuidado aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: percepções sobre a experiência da 'Gestão da Clínica' em Campinas – SP

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Aparecida Mari Iguti

Dissertação apresentada à Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ERIKA FERNANDA VIANA DE MORAES E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. APARECIDA MARI IGUTI.

Campinas
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

M791t Moraes, Erika Fernanda Viana de, 1981-
O trabalho de uma equipe de atenção básica no cuidado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis : percepções sobre a experiência da 'gestão clínica' em Campinas - SP / Erika Fernanda Viana de Moraes. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : Aparecida Mari Iguti.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Governança clínica. 3. Doença crônica. I. Iguti, Aparecida Mari, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Titulo em outro idioma: The work of a health primary care team in care of individuals with chronic noncommunicable diseases : perceptions about the experience of 'clinical governance' in Campinas - SP

Palavras-chave em inglês:

Primary health care

Clinical governance

Chronic disease

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Aparecida Mari Iguti [Orientador]

Carlos Alberto Gama Pinto

Maria Elizabeth Barros de Barros

Data de defesa: 14-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ERIKA FERNANDA VIANA DE MOARES

Orientador (a) PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). APARECIDA MARI IGUTI



2. PROF(A). DR(A). CARLOS ALBERTO GAMA PINTO



3. PROF(A). DR(A). MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 14 de fevereiro de 2014

Aos Anjos, por todo amor que cabe em nós.

Agradecimentos

Aos meus pais, Sonia e Luis Sérgio, e à minha irmã Patricia, pelo amor incondicional.

Ao Paulo, colega de faculdade, companheiro de militância, amigo de verdade que descobri ser meu grande amor, meu Anjo. Essa descoberta me faz mais feliz do que poderia supor ser possível.

À família que adotei como minha e por quem fui adotada. Aninha, Val, Ignez, Clara, João Leonardo. Com um agradecimento muito especial à Ignez e ao Val pelo trabalho de revisão desta Dissertação.

Ao mais revolucionário de todos os investimentos num mundo melhor: Vinícius, companheirinho de vida que segue sendo amado, cuidado, educado e acreditado como nossa contribuição para um mundo justo, democrático e afetuoso.

Às queridas Cecília, Thaís e Lívia, pela companhia, mesmo distantes umas das outras.

À Universidade Federal da Paraíba. Sem dúvida, se hoje sou médica devo às pessoas que encontrei na Universidade com incômodos semelhantes os meus, mas iguais na vontade de fazer diferente. Um agradecimento especial a Biu, professor, amigo e padrinho de casamento.

Mas para muito além dos professores, a Universidade foi o que aconteceu fora da sala de aula. Muitos amigos e muito movimento estudantil foram necessários para sobreviver ao curso de Medicina. Maíra e Maria Cecília e todo nosso “glamour” nas festas. Paulo, Felipe, Vinícius, Robson, Rogério e nosso Efeito Placebo. Ao Coletivo Refazenda, ao amigo Júnior Caroé e um tanto de gente boa propondo uma Universidade aberta e democrática.

Aos colegas de trabalho que junto comigo constroem todos os dias o SUS Campinas. Aqui um agradecimento especial à Cláudia, Leo, Daniel e Jorge por terem me ajudado na travessia deste Mestrado e de tempos difíceis.

À Prefeitura Municipal de Campinas por ter cedido nestes dois anos de mestrado parte de minha carga horária de trabalho para dedicação aos estudos.

Aos professores e colegas do Mestrado.

À Professora Iguti. Orientadora desta escrita e companheira militante em defesa dos trabalhadores, com quem me identifico na causa e por quem fui apoiada durante todo este período.

Às pessoas que ao longo destes 6 anos eu encontro no lugar de meus pacientes, usuários do SUS, pessoas que espero ter ajudado e que são a parte essencial do que faço. Sem dúvida, desde a graduação até hoje, estas pessoas são com quem mais aprendo sobre ser médica.

Muitas pessoas, algumas listadas aqui e tantas não, fazem parte deste trabalho por fazerem parte de mim, por terem contribuído para a construção de uma trajetória que me trouxe até aqui, como sou.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O aumento da carga de doença relacionado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), decorrente do envelhecimento e da exposição a fatores de risco relacionados ao estilo de vida da população, tem sido motivo de iniciativas de reorganização dos Sistemas de Saúde de vários países, visando tornar a Atenção Básica à Saúde mais resolutiva. Em 2009, o Ministério da Saúde, inspirado na experiência britânica, propôs o *Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*, introduzindo os conceitos e ferramentas da Gestão Clínica para microgestão dos processos de trabalho e a construção de Linhas de Cuidado como indutores da articulação de redes de Saúde. O Projeto Territórios foi implantado em três municípios brasileiros, entre os quais Campinas (SP), onde ficou conhecido como “Projeto de Gestão da Clínica”. Esta pesquisa, de natureza qualitativa, tem como objetivo analisar como os trabalhadores de um Centro de Saúde do Distrito de Saúde Norte de Campinas, partícipe do Projeto Territórios, percebem o próprio trabalho, e como os dispositivos de Gestão Clínica aplicados ao cuidado às DCNT interferiram na organização do trabalho desta equipe. Para tanto, após uma discussão teórica sobre a questão das Redes de Atenção à Saúde e um estudo documental sobre as experiências britânica e brasileira, foi realizado um grupo focal com trabalhadores de uma unidade da Atenção Básica de Campinas – SP. Uma narrativa foi produzida para expressar o resultado da discussão no grupo focal, à maneira como propõem Onocko-Campos e Furtado (2008) e Ricoeur (1997). Após ser apresentada e validada pelo grupo de trabalhadores, a narrativa foi analisada de forma a apresentar as percepções dos trabalhadores acerca de três pontos críticos no remodelamento proposto para os serviços de saúde: (1) a tensão entre programação das ações de saúde e a organização do trabalho para dar respostas à demanda espontânea; (2) a fragilidade das relações entre as pessoas e serviços constituintes das redes de saúde e; (3) a relação entre os trabalhadores da saúde e a gestão, marcada pela assimetria de poder. De modo geral, os trabalhadores percebem positivamente as ações do Projeto Territórios e as identificam com um modelo de trabalho em saúde assemelhado à lógica da Programação em Saúde, localizam que esta proposição não dialoga com a necessidade de estarem organizados para dar respostas à demanda espontânea, mantendo ‘porta aberta’ às necessidade de saúde da população, observam que entre a Atenção Básica e outros serviços de saúde do município existe uma relação distante e percebem-se frágeis e pouco potentes diante da necessidade de mudanças no processo de trabalho. Uma conclusão possível é a de que o fortalecimento da Atenção Básica deve conter estratégias de empoderamento e organização do trabalho que legitimem este nível de Atenção para produção de saúde frente a maior parte dos problemas de saúde da população e a lógica da programação em saúde não é potente para a organização das mudanças necessárias.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Governança Clínica. Doenças Crônicas.

Abstract

The increased burden of disease related to Chronic Noncommunicable Diseases (DCNT), due to aging and exposure to risk factors related to the lifestyle of the population, has been the subject of reorganization initiatives of Health Systems in several countries, aiming to make Primary Health Care more resolute. In 2009, the Ministry of Health, inspired on British experience, proposed the *Projeto Territórios: Qualifying Primary Care Strategy to expand the limits of solvability in the care of chronic noncommunicable diseases: a restructuring axis of Specialized Care in its complementary role*, introducing the concepts and tools of Clinical Governance for micro-management of work processes and the construction of Care Lines as inducers of articulation of Health. The Projeto Territórios was implemented in three municipalities, including Campinas - SP, where was known as “Projeto de Gestão da Clínica”. This research, of qualitative nature, aims to analyze how the workers of a Health Center of the North Health District of Campinas - SP, participant of the Projeto Territórios, realize their own work, and how the devices of Clinical Governance applied to the care of DCNT interfere in the work organization of this team. To that end, after a theoretical discussion on the issue of Health Care Networks and documentary study of the British and Brazilian experiences, a focus group with workers in a unit of Primary Health Care was conducted in Campinas – SP. A narrative was produced to express the result of the discussion in the focus group, to the way proposed by Onocko-Campos and Furtado (2008) and Ricoeur (1997). After being presented and validated by the group of workers, the narrative was analyzed to present the perceptions of workers on three critical points in the remodeling proposed for health services: (1) the tension between programming of health activities and work organization to give answers to spontaneous demand; (2) the fragility of relations between people and constituent services of health networks and; (3) the relationship between health workers and management, marked by asymmetry of power. In general, workers realize positively the Projeto Territórios actions and identify with a working model in health likened the logic of the Health Program, localize that this proposition does not dialogue with the need to be organized to give answers to the spontaneous demand, keeping ‘open door’ to the health needs of the population, observe that between Primary Care and other health services in the municipality there is a distant relationship and perceive themselves fragile and underpowered on the need for changes in the work process. One possible conclusion is that the strengthening of primary care must include empowerment strategies and work organization to legitimize this level of attention to Care for health production across most of the health problems of the population and health programming logic is not powerful for the organization of the necessary changes.

Keywords: Primary Health Care. Clinical Governance. Chronic Diseases.

Lista de Siglas

AB - Atenção Básica
AGC - Área de Gestão Clínica
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CETS - centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
CICC - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
COVISA - Coordenação da Vigilância em Saúde
CT-e - Coordenador de Território Enfermeiro
CT-m - Coordenador de Território Médico
DAB - Departamento de Atenção Básica
DAE - Departamento de Atenção Especializada
DALY's - Disability Adjusted Life Years
DARA - Departamento de Articulação de Redes de Atenção
DASS - Departamento de Análise da Situação de Saúde
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DH - Department of Health
DSC - Departamento de Saúde Coletiva
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FCM - Faculdade de Ciências Médicas
FGC - Facilitadores de Gestão Clínica
GP - General Practitioner
GTC - Grupo de Trabalho da Coordenação Geral
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IGR - Interlocutor de Gestão Regional
MBE - Medicina Baseada em Evidência
MS - Ministério da Saúde
NHS - National Health System
NRVS - Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
PCG - Primary Care Groups
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - redes de Atenção à Saúde
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde
RSB - Reforma Sanitária Brasileira
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TEIAS - Territórios Integrados em Saúde
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VISA - Vigilância em Saúde
WHO - World Health Organization
YLD - Years Lived with Disability
YLL - Years of Life Lost

Lista de Quadros

Quadro 1	Mudança da Concepção de Atenção Primária em Saúde	33
Quadro 2	Linhas de ação, objetivos e metas do Projeto Territórios	72
Quadro 3	Perfis e Atribuições dos Participantes no Projeto Territórios	77

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo de Melhoria do Cuidado às Condições Crônicas	25
Figura 2	Organização da Equipe do Projeto Territórios	81

Sumário

Apresentação	15
Introdução	21
Objetivos	39
Questões do Método	41
CAPÍTULO 1 - As Redes e a Integralidade possível	47
CAPÍTULO 2 - A Gestão Clínica e o enfrentamento das DCNT	65
<i>Clinical Governance</i> – A Experiência Britânica	67
Projeto Territórios – A Experiência Brasileira	73
Avaliação das experiências.....	89
CAPÍTULO 3 - As percepções dos trabalhadores sobre a experiência da ‘Gestão da Clínica’ em Campinas – SP	97
Sobre as atividades do Projeto Territórios em Campinas.....	97
Sobre o trabalho cotidiano de cuidado às pessoas com DCNT	104
Percepções quanto ao modo como a demanda dos usuários portadores de DCNT aparece no cotidiano do trabalho.....	104
Percepções quanto ao modo como a Unidade de Saúde se organiza para dar respostas às demandas geradas pelas DCNT.....	106
Percepções quanto às dificuldades que estão presentes na execução do trabalho de cuidado em saúde para pessoas com DCNT	110
Sobre a articulação da rede de saúde	114
Sobre a relação com a Gestão	116
Reflexões sobre as percepções dos trabalhadores	118
Trabalho da Atenção Básica <i>versus</i> Acolhimento à demanda espontânea.....	119
“ <i>Nem daqui para lá, nem de lá para cá</i> ”	124
Trabalho de formiguinha	125
Considerações Finais	129
Referências	133
APÊNDICES	141
Apêndice 1 – Roteiro do Grupo Focal.....	141
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	142
ANEXOS	145
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética	145
Anexo 2 – Autorização da Prefeitura Municipal de Campinas – SP	148

Apresentação

As situações em que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o tema de aproximação entre usuários e trabalhadores de Saúde revelam questões complexas, que envolvem situações de vida, relação do corpo e da doença, perspectivas (ou não) de qualidade de vida, limitações das propostas terapêuticas possíveis, impossibilidades das terapêuticas desejáveis, necessidade de articulação de redes cada vez maiores e mais complexas e, sempre, a necessidade de um vínculo afetivo que una as pessoas deste encontro.

Os encontros que acontecem no cotidiano do meu trabalho como Médica de Família e Comunidade do SUS sempre trazem desafios e dificuldades que me instigam sobre como se pode construir as respostas adequadas às demandas em saúde e que elementos viabilizariam um sistema de saúde que, tomando a complexidade das questões como ponto de partida das respostas, possibilite a integralidade no cuidado em saúde.

Minha trajetória profissional, iniciada em Maio de 2007, por caminhos vários e longos pelo Brasil, trouxe-me para Campinas em Agosto de 2008 e, a partir de então, pude lidar com estas questões, com o benefício de poder ver e rever pessoas e situações de adoecimento ao longo do tempo.

Como médica generalista de uma equipe de Atenção Básica, destaco a possibilidade de observar como as doenças e as pessoas coexistem, no momento da consulta clínica, e a ineficácia em atentar para qualquer destes enfoques deslocando o outro do plano de cuidado.

Muitas questões externas ao momento destes encontros clínicos sempre estiveram e, seguem estando, presentes no contexto do cuidado. As decisões estão relacionadas ao modelo de saúde da cada lugar, com suas particularidades, limitações e facilidades para a organização de respostas às demandas, minhas e de meus pacientes, surgidas a cada encontro.

Mas além dos modelos, muitas outras questões estão relacionadas às respostas organizadas. A pobreza, o empobrecimento das redes de relação entre as pessoas, as fragilidades familiares e o analfabetismo, na trajetória de médica generalista em comunidades pobres de Campinas, tem grande peso na tomada de decisão. Percebi que tentativas singularizadas de diminuir a iniquidade do sistema, como compromisso ético-político, em muitas situações de adoecimento, pesaram mais que protocolos e diretrizes clínicas em muitas decisões.

Mas as dificuldades em acessar outros serviços e outras pessoas dentro da rede de saúde também influenciam as decisões. Cotidianamente convivo com a necessidade das Unidades Básicas de Saúde (assim, no plural, por viver isto no cotidiano do meu trabalho e compartilhar com parceiros de trabalho de outros serviços relatos que endossam esta afirmação) reinventarem modos de articular serviços e pessoas porque os “fluxos oficiais” só existem nos memorandos e circulares internas, referências e contra-referências.

Trago comigo uma sensação de ter que equilibrar pratos, dividindo atenção entre atender a demanda espontânea (dar conta do ‘acolhimento’), do cuidado às pessoas com adoecimento crônico dentro de um planejamento de atendimentos, da vigilância em saúde, da articulação intersetorial, da supervisão de tratamentos dos programas verticais de tuberculose e hanseníase, por exemplo, e criar soluções para cada situação, em que os fluxos previstos falham ou não existem.

Em 2010, tive a oportunidade de participar do *Projeto Territórios – Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das DCNT*: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar em Campinas – SP. Como Facilitadora de Gestão Clínica, pude compartilhar a clínica e as angústias de outros trabalhadores em saúde na abordagem às DCNT.

Neste lugar, pude fazer a observação de outros planos de articulação da rede de saúde (lugar mais próximo da gestão, mas muito perto da assistência), e dimensionar um pouco melhor a dificuldade de comunicação/articulação entre os diferentes serviços

de saúde e entre profissionais de saúde. Na memória trago a impressão de ter convivido com trabalhadores embaraçados com agendas de atendimento muito intensas, inseguros em abrir seus consultórios (como símbolos de suas práticas clínicas) à proposição de mudanças, insatisfeitos com a situação de trabalho, sobrecarregados.

A construção cotidiana das ações deste projeto, no contato com trabalhadores e gestores do SUS Campinas tornou um pouco mais fácil perceber a dificuldade dos gestores em possibilitar a criação desta articulação e alguns limites em “interconectar nós”.

Em 2012, iniciei minha participação como aluna da 1ª turma do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FCM – Unicamp e a observação deste tema tomou outra dimensão. Muito embora a possibilidade de estudar teoricamente os temas pertinentes ao Programa tenha mantido sempre a perspectiva de contribuir para a reflexão da prática de trabalho (característica central desta experiência de mestrado profissional) criou-se o espaço para a observação deste tema como pesquisadora.

E a proposição desta pesquisa concorda com a afirmação do professor Merhy, tanto na identificação da dificuldade quanto na perspectiva de execução de um trabalho crítico, enquanto médica de família e comunidade.

É muito difícil exercer uma determinada atividade, de “modo espontâneo”, e depois transformá-la em seu objeto de estudo. Porém, se seu objetivo nesta atividade é seu exercício também crítico, torna-se necessário um “certo afastamento” daquela “espontaneidade” e o aprofundamento de seu conhecimento (MERHY, 1987).

Em interessante artigo sobre como a implicação pode ter lugar como ferramenta de pesquisa, Paulon (2005, p. 19) analisa, à luz do conceito proposto por Lourau, o modo como passo a estar neste lugar:

[...] o observador inserido em seu campo de observação transforma, por definição, seu objeto de estudo. A necessidade de incluir-se, portanto, no processo investigativo, a subjetividade de quem pesquisa como categoria analítica já se apresenta aí, anunciando as bases do conceito

institucionalista de implicação.

Neste momento, executo a pesquisa deste tema como observadora, sem nunca ter me afastado do lugar de trabalhadora em saúde.

As marcas desta implicação certamente estarão transcritas nas linhas deste trabalho, ou entre elas, mas traduzem a motivação para enfrentar a dificuldade de transformar em objeto de estudo aquilo que é feito como prática “espontânea”.

Esta pesquisa trata, introdutoriamente, de apresentar a problemática das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no contexto dos sistemas públicos de saúde a partir do pressuposto de que estas condições de adoecimento existem dentro de um contexto complexo e singular que é a vida de cada indivíduo adoecido, mas também considerando o impacto epidemiológico e social determinado pelo aumento global da incidência de DCNT.

Ainda na Introdução, estratégias de gestão e organização de serviços de saúde que têm sido estimuladas pela Organização Mundial de Saúde para enfrentamento das DCNT e para aprimorar e empoderar a Atenção Básica à Saúde são apresentados em conjunto com elementos trazidos na proposição de reformulação do modelo de saúde de Campinas – SP, proposto por ocasião da implantação do Projeto Paidéia de Saúde da Família em 2001.

No Capítulo 1, discute-se a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com enfoque nas dificuldades e possibilidades de implantação de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde, com vistas a garantir o princípio Constitucional da Integralidade, considerando este como necessário para a instituição de modelo que dê respostas adequadas a necessidades de saúde.

No Capítulo 2, faz-se uma apresentação do modelo britânico de reestruturação da Atenção Básica proposto naquele país no final dos anos 1990 e de um projeto brasileiro para o enfrentamento das DCNT – o Projeto Territórios – inspirado pela experiência britânica no uso das ferramentas da Gestão Clínica e proposto em 2010.

Segue-se a esta descrição uma discussão de alguns dos elementos contidos nos documentos oficiais, traçando-se um paralelo entre eles, dada a influência do primeiro sobre o segundo e destacando algumas diferenças percebidas na comparação destes documentos.

O Capítulo 3 apresenta os Resultados e a Discussão do trabalho de campo, realizado junto aos trabalhadores da Atenção Básica de um Centro de Saúde do município de Campinas, no intuito de perscrutar como estes trabalhadores percebem o trabalho de cuidado às pessoas com DCNT e que dificuldades eles encontram para ofertar atenção integral à saúde dos portadores de condições crônicas.

Nas Considerações Finais, faz-se um debate sobre as potencialidades e limites das ferramentas de gestão clínica para o efetivo enfrentamento das DCNT e para a efetiva oferta de uma Saúde Integral.

Introdução

Caso Clínico

Carlos, homem com 62 anos, nascido e criado em uma pequena cidade do interior de São Paulo e morador de um conjunto habitacional popular em Campinas – SP há aproximadamente 10 anos.

Apresentava graves sequelas motoras em razão de quatro episódios prévios de AVC isquêmico e, por isto, muita dificuldade de caminhar, falar, engolir e grande prejuízo da coordenação motora fina. Também era hipertenso e diabético.

Morava com a mulher e um filho de 12 anos numa casa pequena, pouco ventilada, em que a parte da frente havia sido adaptada para funcionar uma igreja evangélica na qual a esposa era 'ministra'.

Tinha muita dificuldade em manter o uso regular da medicação prescrita e inadequado controle dos níveis de glicemia e pressão arterial. Passava todo o dia sozinho, comia o que conseguia preparar e administrava a própria medicação. Tinha muita dificuldade em manter-se limpo e sempre estava molhado de urina por não conseguir chegar a tempo ao banheiro. Contava sempre que tinha engasgado ao comer, mas insistia em não liquefazer a dieta por não saber operar o aparelho liquidificador.

Foram muitas reuniões familiares e visitas domiciliares quinzenais, por aproximadamente 4 anos, com progressos e retrocessos.

Seis meses depois de eu mudar de equipe de trabalho e deixar de acompanhá-lo, voltei à casa. Carlos estava mais limitado em função de um novo episódio de AVC isquêmico. Já não podia andar e perdera parcialmente a memória. Não se lembrava de mim, mas lembrou do dia em que o visitamos junto com os alunos do 5º ano da Faculdade de Medicina da Unicamp e, como parte do Projeto Terapêutico Singular elaborado, levamos conosco alunos do curso de Música para reviver com ele os tempos em que era cantador de moda de viola, no circo da pequena cidade onde nascera.

Deixei-o sentado no sofá, cantarolando com muita dificuldade uma das canções daquela visita e sorrindo.

“Quando se trata de definir as características que diferenciam os médicos dos outros detentores de conhecimentos e técnicas específicas, como por exemplo, os engenheiros ou os técnicos, deve-se observar que a atividade dos médicos não se exerce diretamente sobre a doença, mas sobre o doente” (BOLTANSKI, 2004, p.11).

Situações de grande complexidade em que o adoecimento faz parte de um contexto existencial muito mais amplo são a matéria do trabalho em saúde. As patologias, para além dos livros didáticos, não existem em si. Elas existem, sim, dentro de um conjunto de características e circunstâncias que compõem Sujeitos complexos, singulares. Boltanski, na citação acima, fala de uma característica do trabalho médico que é comum ao trabalho em saúde em geral.

Usuários, pacientes ou portadores de doenças, essas pessoas talvez procurem os serviços de saúde em busca de respostas às suas questões, alívio de seus incômodos ou cura. Mas como os serviços de saúde estão organizados para dar respostas a estas situações? Que tipo de preparação é necessária para que os serviços sejam capazes de produzir cuidado em saúde?

Com uma história de vida parcialmente contada como um caso clínico, Carlos (nome fictício de um sujeito real, acompanhado numa UBS em Campinas – SP pela equipe de saúde da qual a autora deste trabalho fez parte) pode ser considerado aqui representante de muitos indivíduos que procuram os serviços de saúde carregando um emaranhado de problemas não antevistos por planejamentos e demandam cuidados em saúde que não podem ser respondidos por fórmulas prontas.

Isto é válido, em especial, para os serviços de saúde da Atenção Básica, responsáveis por olhar integralmente as necessidades de uma determinada população, residente dentro de um determinado território, enfocando como algumas situações podem significar muito sofrimento para os trabalhadores da saúde, em contato cotidiano com situações assim.

Atualmente, por razões que serão melhor discutidas adiante, as situações de adoecimento crônico têm gerado uma demanda maior de trabalho por parte das

equipes de saúde e os sistemas de saúde parecem não estar preparados para lidar de modo eficiente e resolutivo com estas situações (OMS, 2003).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão colocadas como mote para este estudo em função de serem situações de adoecimento que demandam cuidados continuados por parte das equipes de saúde, de modo articulado entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada; por, em geral, se configurarem enquanto situações complexas – como a descrita no caso clínico – e por constituírem um contexto onde a formação de vínculos e longitudinalidade, características do trabalho na Atenção Básica, são extremamente necessárias.

Outra razão pela qual ganham destaque é o fato de sua representação numérica como causa de morbimortalidade ser crescente, com o ganho de dimensões epidêmicas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003)

Não há intenção em opor estas condições a nenhuma outra situação de adoecimento ou de trabalho em saúde; para efeito deste estudo optou-se por fazer este recorte em razão de permitir fazê-lo tendo como pano de fundo a execução do *Projeto Territórios - Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das DCNT: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar* (BRASIL, 2010).

Uma ampliação possível dentro da realidade de trabalho em saúde pode ser feita delimitando-se um conjunto, para além da categoria de DCNT, que pode ser chamado de Condições Crônicas de adoecimento, como pretendeu-se ilustrar com o caso de Carlos.

Esta ampliação intenciona agrupar demandas muito prevalentes nos Serviços de Saúde e, ao mesmo tempo, afastar-se da definição etiológica delas, como é feito para delimitar as DCNT. As Condições Crônicas englobam as DCNT e as doenças de caráter infectocontagioso que, por características de seu tratamento e evolução de história da doença, evoluem ao longo de muito tempo, como a infecção pelo HIV, algumas formas de Tuberculose, além das condições de deficiências física e mental, dos sofrimentos

psíquicos e dos padrões de sofrimento crônico, para os quais não se encontram explicações a partir do modelo biomédico (LORIG *et al*, 2006).

Em termos gerais, as Condições Crônicas podem ser caracterizadas como situações com evolução de mais de 3 meses, com instalação insidiosa, associadas a múltiplas causas em que há algum grau de incerteza na relação entre determinantes da doença e sintomas. As Condições Crônicas estão opostas aos quadros agudos de adoecimento que, em geral, evoluem em pouco tempo, têm instalação súbita e determinação de etiologia e proposta terapêutica mais claras, diminuindo as incertezas na compreensão do quadro. São bem caracterizadas pelo adoecimento provocado pela maior parte dos agentes infecciosos, pelas causas externas de adoecimento e por doenças de curso limitado e bem determinado, como apendicite, por exemplo (MENDES, 2012).

Cabe destacar que se, para fins de observação, esta distinção é interessante, uma vez que tanto as causas agudas podem determinar padrões de cronificação, a exemplo das sequelas determinadas por traumas, quanto a história das Condições Crônicas pode apresentar eventos de agudização do quadro, como a descompensação nas doenças crônicas (*idem*).

Esta definição mais ampla é interessante no planejamento dos serviços de saúde porque determina a necessidade de modelos tecnoassistenciais que ofereçam cuidado integral a situações de saúde mais complexas e em que uma postura proativa da equipe seja essencial no acompanhamento de pessoas e famílias. Isto visa a superação do modelo centrado na postura reativa de “queixa – conduta médica”, que tem aplicação mais adequada às situações de adoecimento agudo e é característica de sistemas fragmentados (MENDES, 2010).

Observando parcialmente as Condições Crônicas através da aferição do impacto epidemiológico das DCNT, atualmente, estas figuram entre as principais causas de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e estão associadas a fatores de risco em comum como a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e as dislipidemias.

Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de doenças crônicas; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (OPAS, 2007, p. 3).

No Brasil, as principais causas de morte também estão relacionadas às DCNT. No ano de 2007, 72% das mortes no país foram relacionadas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e doenças renais, entre outras) (SCHMIDT *et al*, 2011).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento social e econômico brasileiros e a resolução de parte dos problemas de saúde pública diminuíram a mortalidade relacionada às doenças infectocontagiosas, muito embora tais condições ainda figurem como causas estatisticamente relevantes (*idem*).

A diminuição da mortalidade por causas infecciosas protege a população mais jovem e aumenta a expectativa de vida, enquanto que o envelhecimento associado à exposição a outros fatores de risco para DCNT aumenta a mortalidade por este grupo de doenças (CHAIMOWICZ, 1997).

Esta mudança no perfil epidemiológico brasileiro está relacionada ao contexto de desenvolvimento econômico e social, à transição demográfica para uma situação em que adultos e idosos têm maior peso na pirâmide etária e também ao melhor acesso a tratamentos de saúde, decorrente da expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente através dos serviços de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2009).

O acesso facilitado a alimentos, o decréscimo da atividade física nas tarefas cotidianas e a adoção de um padrão alimentar pouco saudável devem ser considerados, neste conjunto de modificações. Estas mudanças projetaram transformações no quadro de doenças do país no sentido do crescimento significativo da morbimortalidade associada às DCNT.

Em um artigo de revisão (SCHRAMM *et al*, 2004) sobre a carga de doenças no Brasil observou-se que, no período de 1996 a 2007, a mortalidade causada pelas DCNT aumentou 5% (são fatores contribuintes deste resultado a aplicação da

codificação de doenças pelo CID 10 e o ajuste numérico da população brasileira), demonstrando a ampliação da carga das DCNT.

Entretanto, quando aplicado o ajuste por idade, permitindo a comparação ao longo do tempo e entre populações, a mortalidade diminuiu neste mesmo período. A tendência para prevalências das principais DCNT e para exposição aos fatores de risco não apresenta este mesmo comportamento de queda e faz supor a dificuldade no enfrentamento a tais condições a médio e longo prazo (SCHMIDT *et al*, 2011).

Contudo, observar apenas a mortalidade relacionada às DCNT desenha um quadro incompleto. A carga de doença no Brasil foi avaliada por um relevante estudo que utilizou estatísticas de saúde de 1998 e empregou *disability adjusted life years* (DALYs – anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) (GADELHA *et al*, 1998).

O DALY é um indicador desenhado para quantificar, ao mesmo tempo, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos, seja por morte prematura (YLL – Years of Life Lost – Anos de vida perdidos por morte prematura) ou incapacidade (YLD – Years Lived with Disability – Anos de vida vividos com incapacidade), em relação a uma esperança de vida ideal (SCHRAMM *et al*, 2004).

O estudo de Gadelha *et al* (1998) identificou que doenças crônicas foram responsáveis por 66% destes anos perdidos, ajustados por incapacidade. Dentre as doenças crônicas, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos (19%), as doenças cardiovasculares (13%), as doenças respiratórias crônicas (8%), os cânceres (6%), as doenças musculoesqueléticas (6%) e diabetes (5%).

Para os Sistemas de Saúde, o incremento potencial no cuidado às DCNT projeta aumento de gastos em saúde, por estar associado à veloz e progressiva incorporação de novas tecnologias biomédicas e aos altos custos do modelo ‘hospitalocêntrico’ e, ainda, ao aumento quantitativo da demanda neste setor, criando a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde para enfrentamento das DCNT de forma consequente e sustentável, a médio e longo prazos (MENDES, 2012).

Como uma resposta possível a esta necessidade de propor mudanças nos modelos de Atenção à Saúde, a Organização Mundial de Saúde lançou uma estratégia para estimular a melhoria do Cuidado às DCNT. *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas* (CICC) é a publicação que concentra elementos observados em experiências com bons resultados em todo o mundo e propõe mudanças de modelo nas organizações de Saúde, com a intenção de torná-las adequadas ao cuidado das DCNT (OMS, 2003).

Esta proposição pode ser compreendida como uma expansão do CCM – Chronic Care Model, ou Modelo de Atenção Crônica, em tradução literal, proposto por Wagner (1998), desenvolvido nos Estados Unidos como resposta às situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. A crise dos sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos foi o fator motivador para o desenvolvimento do CCM. Wagner parte do pressuposto de que as pessoas podem ser mais bem assistidas e mais saudáveis e de que, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde.

As mudanças desenhadas para um modelo de Cuidado às Condições Crônicas, na proposição de Wagner, podem ser observadas na Figura 1, onde estão delineadas a interação produtiva da comunidade e das Organizações de Saúde remodeladas em pacientes informados e ativos e equipes de saúde proativas e preparadas.

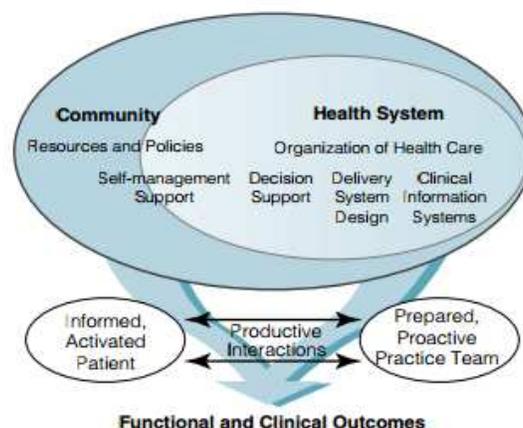


Figura 1: Modelo para melhoria do cuidado às Condições Crônicas. Fonte: Wagner, 1998

De acordo com Mendes (2012), este modelo serviu de embasamento para mudanças em vários Sistemas de Saúde no mundo, entre eles o NHS, experiência que será descrita no Capítulo 2.

Este Modelo de Condições Crônicas também foi incorporado e adaptado pela OMS para a constituição da proposição de *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*, em 2003. Esta publicação propõe mudanças para a forma de cuidar das Condições Crônicas no mundo, a partir da observação de experiências em países com diversas condições socioeconômicas e diferentes complexidades de Sistemas de Saúde (OMS, 2003).

Para a OMS, os problemas relacionados à forma de cuidar das doenças crônicas podem ser localizados em três níveis:

a) Em nível micro - relacionado aos pacientes e familiares:

- Pouca autonomia no gerenciamento de doenças;
- Dificuldade em adotar mudanças no estilo de vida;
- Desinformação em relação à grande potencia da adoção de estilo de Vida Saudável para o controle das DCNT. Vários estudos apontam que estas são mais eficazes no controle de Doenças Crônicas que os tratamentos médicos isoladamente.

b) Em nível meso, das organizações de saúde e comunidades:

- Inaptidão das organizações para responder às demandas geradas pelas DCNT;
- Desvalorização do vínculo e da interação com os usuários dos sistemas de saúde como potentes ferramentas de cuidado às DCNT;

- Os trabalhadores de saúde não dispõem de ferramentas e habilidades para cuidado às DCNT;
- A prática clínica não é orientada por evidências científicas, expondo as organizações de saúde à adoção de métodos de cuidado potencialmente mais caros e ineficazes;
- Desorganização dos Sistemas de Informação, que impede produção e avaliação de dados dos Sistemas de Saúde;
- Falta de conexão intersetorial para o planejamento de oferta de serviços e ações.

c) Em nível macro, ou das políticas de saúde:

- Adoção de políticas e projetos arcaicos, desconectados das reais demandas em saúde atuais;
- Investimentos em saúde pouco custo efetivos, que são influenciados por interesses corporativos e privados do complexo médico industrial;
- Padrões de monitoramento e avaliação insuficientes;
- Não investimento de práticas de educação continuada.

‘Cuidados Inovadores para Condições Crônicas’ traz o conceito de inovação, remetendo à inclusão de novas idéias, métodos e programas que integrem superações para os entraves nos níveis micro, meso e macro. A inovação, segundo a OMS, deve agregar às políticas de saúde a possibilidade de incluir os usuários das Organizações de Saúde, estabelecendo efetiva relação entre pacientes, comunidades e instituições de saúde e mecanismos para tornar os resultados desejados pelas organizações resultados efetivamente executados no cuidado em saúde (OMS, 2003).

Esta proposição tem como princípios norteadores das políticas de saúde a tomada de decisão com base em evidências científicas, o enfoque na população e na

prevenção das DCNT, o enfoque na qualidade e nos resultados das ações planejadas, o estabelecimento de integração entre serviços e saúde de diferentes níveis de atenção e a comunidade e a possibilidade de estruturação de redes entre os serviços de saúde que sejam adaptáveis e flexíveis para a oferta de cuidado integral (*idem*).

Em parte, este modelo descreve as reformas do Sistema Nacional de Saúde Britânico e o *Projeto Territórios*, que serão especificamente abordadas no Capítulo 2, na perspectiva de mudanças nos Sistemas de Saúde para torná-los adequados aos cuidados às DCNT.

No contexto desta Introdução, é importante adiantar que Campinas (SP) foi uma das três cidades brasileiras – além de Belo Horizonte (MG) e Juazeiro (BA) – em que o *Projeto Territórios* foi implantado, tendo ficado conhecido, entre os trabalhadores e gestores do SUS Campinas, como o “Projeto de Gestão da Clínica”.

Outras proposições têm sido elaboradas no sentido de adequar os modelos de saúde às reais necessidades da população. Para fins desta pesquisa, considera-se, particularmente, a formulação e experiência do Projeto Paidéia de Saúde da Família em Campinas, no ano de 2001, dentro do contexto da eleição de “um prefeito municipal, por uma coligação de esquerda, liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), [...] que incorporou à sua equipe alguns professores da Unicamp, dentre os quais o secretário municipal de saúde” (MOURA *et al*, 2007, p. 168).

Esta escolha intenciona aproveitar a possibilidade de encontrar ainda, atualmente¹, reverberações desta implantação na percepção dos trabalhadores da Atenção Básica de Campinas – SP, ao discutirem seus processos de trabalho, e pô-las em perspectiva diante do Projeto Territórios, também executado no município junto aos profissionais de saúde.

O conceito de Gestão Clínica trazido como marco teórico do *Projeto Territórios*, e seu conjunto de ferramentas para modificação dos processos de trabalho, de alguma forma se propõe a dialogar com o conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada

¹ Embora sem a necessária prioridade política para sua efetivação, o Projeto Paidéia continua, tecnicamente, em vigor no município de Campinas.

proposto por Campos (2007a), enquanto Secretário Municipal de Saúde, que também defendeu a alteração dos processos de trabalho e gestão, a fim de aprimorar a produção de saúde.

Campos (1991, p.121) propõe um modelo de gestão que radicalize a capacidade de as equipes de saúde organizarem respostas às questões próprias, surgidas nos seus cotidianos de trabalho e apoiadas pelas estruturas do sistema de saúde. Nas palavras do autor:

deveríamos trabalhar com a ideia básica de radicalizar o processo de descentralização, prolongando-a até cada unidade de saúde e mesmo até cada equipe multiprofissional. [...] Neste tipo de proposta não há lugar para os tradicionais programas de atenção à saúde, onde previamente estariam definidas condutas e até mesmo a organização do processo de trabalho.

O autor localiza a necessidade de refazer o modelo de gestão para tornar os serviços de saúde adequados para dar respostas às necessidades de saúde da população, dentro do contexto de se fazer necessário questionar a '*racionalidade gerencial hegemônica*', no sentido de ampliar o grau de autonomia dos trabalhadores da saúde. Segundo Campos (2010, p. 760-761):

Que modo de gestão seria compatível para ordenar processos em que seres humanos estão envolvidos? Como estabelecer algum grau de ordem, de padronização, de controle, sem massacrar a capacidade de reflexão e os espaços para tomada de decisão daqueles imersos na tarefa de produzir saúde? Enfim, partindo-se destes pressupostos, caberia o desafio de inventarem-se organizações que levem em consideração a relação entre estrutura e sujeito. Como fazer isto sem a compreensão do sujeito e de seus atributos, entre eles o trabalho, sem investigar sobre sua conformação histórica, isto é, sobre o modo como foram coproduzidos, a genealogia concreta de sujeitos concretos?

[...]

Entretanto, caberia ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular.

Desta forma, Campos (2007a) descreve a experiência de implantação de modificações tanto na estrutura da gestão municipal de saúde quanto iniciativas que pretendem a alteração nas relações de poder entre usuários trabalhadores e gestores para o conjunto de serviços da rede municipal de saúde de Campinas – SP em 2001.

Tanto para este autor quanto para a proposição trazida pela OMS (2005), a necessidade de estruturar modelos de Atenção à Saúde que deem respostas positivas no enfrentamento das DCNT e sejam custo efetivas nas suas ações passa pelo deslocamento do Hospital como centro de cuidados, priorizando as ações e intervenções preventivas, de promoção e de vigilância à Saúde, o que destaca a Atenção Básica como efetiva coordenadora do cuidado.

A Conferência de Alma Ata definiu a Atenção Básica como

cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação" (OMS/UNICEF, 1979, p.1)

Em referência à Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa, Starfield (2002, p. 53) lista 12 características destes serviços:

1. Apresentar oferta de cuidado para a população em geral, não se restringindo a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições;
2. Ser acessíveis em relação a tempo, lugar, financiamento e cultura;
3. Integrar ações de cura, reabilitação, prevenção de doenças e promoção de saúde;
4. Ser continuados longitudinalmente, ao longo da vida das pessoas assistidas;
5. Ser multidisciplinares, criando um contexto onde o médico é parte de uma equipe;
6. Ter um olhar holístico, integrando perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos;

7. Ter atenção centrada na pessoa e não nas doenças;
8. Orientados para a família, trazendo para a compreensão dos problemas o contexto familiar e social;
9. Orientados para a comunidade, apreendendo o contexto de vida comunitária, conscientes de necessidades de saúde locais e articulados com outros setores, para desencadear mudanças positivas de saúde;
10. Responsáveis pela coordenação de toda a orientação e apoio recebido pelos usuários;
11. Confidencial;
12. Defensores do usuário sempre e em relação a todos os outros serviços de saúde.

Para Starfield, as características descritas estariam na fundação de serviços responsáveis por garantir acesso e distribuir recursos em saúde de forma equitativa, integrando e coordenando ações em saúde de modo racional em relação ao consumo de procedimentos e insumos e aumentando, portanto, o custo efetividade das ações.

No Brasil, com a instituição do SUS no final da década de 1980, a AB manteve formas anteriores à legislação que instituiu o Sistema e preservou a centralidade das ações na Vigilância em Saúde e o trabalho na AB, caracterizado por ações programáticas de controle de doenças, como Tuberculose e Hanseníase, e pouca ação de cuidado clínico, concentrado principalmente na assistência à saúde materno-infantil, especialmente em ações de acompanhamento das fases de gestação e pós-parto e de puericultura. A oferta de serviços de acompanhamento às DCNT e às complicações decorrentes destas era responsabilidade dos serviços de assistência especializada e hospitalar (CAMPOS, 1991; 1997).

Em 1992, com a proposição de estruturação da AB a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Brasil adota um modelo diferente que, embora inspirado em experiências internacionais, nasce com traços únicos de composição multidisciplinar da equipe de Saúde, com a definição de território como critério para adscrição de clientela e com a incorporação do ACS como parte da equipe de Saúde (MENDES, 2012).

A atual proposta de Política Nacional de Atenção Básica evidencia mudança para que a AB seja caracterizada pelas funções de garantir universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social e ordenamento de redes de cuidado à saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e complexidade. Compõem o quadro de funções da AB a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2012).

Esta configuração da AB no Brasil, a partir da ESF, amplia o escopo de ações deste nível assistencial e dá visibilidade às equipes multiprofissionais de saúde, mas não garante que o trabalho em saúde seja visto de forma não fragmentada e não centrado na ação médica. Transcrevendo este fenômeno na leitura de Merhy e Franco:

Outro exemplo pode ser dado em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente a principal proposta de organização da atenção básica, ofertada pelo Ministério da Saúde. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração nos processos de trabalho sem, contudo, haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturadas pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos (2007, p. 8).

Mendes (2012) sintetiza as mudanças nos serviços de Atenção Básica no sentido de ampliar seu escopo de ações, tornando estes serviços mais complexos, mais resolutivos e capazes de dar respostas às novas demandas em saúde. No Quadro 1 temos as mudanças que, segundo o autor, em parte estão em execução, propostas nesta 'Reforma da Atenção Primária à Saúde (APS)'.

Embora as mudanças políticas e programáticas (BRASIL, 2012) colocadas para a Atenção Básica no Brasil sejam convergentes com as necessidades apontadas pela OMS e tragam elementos que potencializam a capacidade de promover cuidado adequado às pessoas com DCNT, tais mudanças de modelo assistencial acontecem com a composição de mudanças no modelo de financiamento e no aporte de recursos, na implementação de melhorias estruturais, de organização do trabalho e de processos de trabalho. Algumas destas mudanças são parciais e outras ainda não foram

implantadas.

QUADRO 1: Mudança de concepção da APS. Adaptado de Mendes, 2012.

Implementação anterior da Reforma da APS	Implementação atual das mudanças da APS
Provisão de um pacote básico de intervenções sanitárias e de medicamentos essenciais focados em populações rurais pobres	Transformação e regulação do sistema de atenção à saúde, buscando o acesso universal e a proteção social em saúde.
Concentração em mães e Crianças	Atenção à saúde para toda a comunidade
Foco em doenças selecionadas, especialmente condições agudas de natureza infecciosa	Resposta às necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e de doenças
Melhoria do saneamento e da educação em saúde no nível local	Promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e mitigação dos danos sociais e ambientais sobre a saúde
Uso de tecnologia simplificada por agentes comunitários de saúde, não profissionais	Equipes de saúde facilitando o acesso e o uso apropriado de tecnologias e medicamentos
Participação com mobilização de recursos locais e gestão dos centros de saúde por meio de comitês locais	Participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político e nos mecanismos de accountability
Financiamento governamental e prestação de serviços com gestão centralizada	Sistemas pluralísticos de atenção à saúde operando num contexto globalizado
Gestão da escassez	Crescimento dos recursos de saúde rumo à cobertura universal

Ajuda e cooperação técnica bilateral	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
APS como antítese do hospital	APS como coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção
APS é barata e requer modestos investimentos	APS não é barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o dinheiro investido que todas as alternativas.

Uma característica marcante do trabalho na Atenção Básica é a organização dos processos de trabalho estruturada na interação entre trabalhadores e usuários e sem a intermediação de procedimentos complexos, o que não necessariamente exclui a possibilidade de manter-se uma relação centrada no procedimento. Para Costa *et al* (2009), a experiência do PSF, em análise por revisão bibliográfica, revela que a integralidade do cuidado e a conseqüente capacidade para lidar com questões complexas como as Condições Crônicas ainda estão defasadas em relação à expansão numérica e territorial. Isto é assim sintetizado pelos autores:

A evidência científica demonstra que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção, é necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidiano (COSTA *et al*, 2009, p.116).

Cunha localiza a transformação necessária nas mudanças das ações clínicas, na interação entre os profissionais de saúde e usuários e, sobre estas mudanças, questiona a implementação do PSF como eficaz nesta transformação.

O PSF, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, faz-se reuniões, faz-se

gerenciamento mais centrado nos resultados do que nos procedimentos e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos (CUNHA, 2004, p 34).

Esta questão, assim colocada na dimensão do trabalho em saúde, torna evidente a afirmação de que as transformações necessárias à Atenção Básica e, de forma mais ampla, aos Modelos de Atenção à Saúde devem acontecer, para além das reformas estruturais e de financiamento, entre outras, na possibilidade estabelecer pactuações com trabalhadores e usuários dos Sistemas de Saúde. Para Merhy e Franco,

todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui, sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos e, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY e FRANCO, 2003, p. 2).

Justamente sobre esta questão de inclusão de todos os atores envolvidos nas ações de saúde, Campos (2007a) desenvolve, em relação a ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, uma crítica ao planejamento e execução de ações que excluam trabalhadores e/ ou os usuários dos serviços de saúde de sua formulação. Da mesma forma, esta crítica parece ser muito adequada se ampliada ao modo pouco participativo no planejamento e implementação de mudanças no modelo de assistência à saúde.

[...] Ação sobre as pessoas e não com as pessoas. Duas expressões semelhantes e um abismo entre elas: “Agir sobre” e “Agir com” as pessoas? Em consequência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função das necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia ou pela lógica política ou administrativa (CAMPOS, 2007, p. 25).

Assim, o propósito deste estudo remete à possibilidade de captar as percepções dos trabalhadores de saúde sobre o impacto gerado pelo aumento da carga de trabalho gerada pelo crescimento das DCNT, sobre como estes trabalhadores percebem as questões relacionadas ao modelo de saúde e sua influência no cotidiano do trabalho e sobre as dificuldades e avanços observados no cuidar das pessoas com DCNT, a partir do olhar da Atenção Básica e tendo como pano de fundo a participação no Projeto

Territórios.

A gradação entre sistemas de saúde fragmentados e incapazes de produzir respostas adequadas às demandas de saúde da população e a proposição de redes integrais de cuidado em saúde ganha destaque no capítulo a seguir, por fazer parte da proposição do Projeto Territórios como estratégia para o aumento da resolubilidade das DCNT em conjunto com a qualificação da Atenção Básica.

Este destaque responde, em parte, à necessidade de olhar para a constituição de serviços mais adequados ao trabalho em saúde, que será mais resolutivo se for capaz de oferecer cuidado integral em resposta a um olhar também integral, ou ampliado, para as questões de saúde e adoecimento, fazendo possíveis respostas a situações complexas como a de Carlos, que abriu esta Introdução.

Objetivos

Diante da complexidade da temática e da necessidade de delimitação, a presente pesquisa encontra-se recortada pelos seguintes objetivos:

- Discutir a proposição de formação das Redes de Atenção à Saúde como espaço necessário à garantia da Integralidade no cuidado às DCNT e as ferramentas de gestão clínica como estratégias para articular o trabalho nas RAS.
- Analisar o *Projeto Territórios*, proposto pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de qualificação da Atenção Básica e reorganização da Atenção Especializada no cuidado às DCNT, observando as semelhanças e diferenças em relação ao - *The new NHS: Modern and Dependable* de 1997 e delineando o conceito de *Clinical Governance*, ou Gestão Clínica, proposto para o Reino Unido neste em 1997 e incorporado como marco teórico do *Projeto Territórios*.
- Apreender como os trabalhadores de um Centro de Saúde do Distrito de Saúde Norte de Campinas, partícipe do Projeto Territórios, percebem o próprio trabalho, e como os dispositivos de Gestão Clínica aplicados ao cuidado às DCNT interferiram na organização do trabalho nesta equipe.

Questões do Método

De acordo com Minayo (2009), a metodologia transcende a mera descrição dos instrumentos e técnicas utilizados para a realização de uma pesquisa. Ela deve ser encarada como caminho do pensamento e a prática exercida para a apreensão do real, e, desta forma, incorpora, dinamicamente, o referencial teórico, os instrumentos e técnicas de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador.

Orientada por esta perspectiva, a presente pesquisa, de natureza qualitativa e tipo descritiva, pois privilegia e busca capturar os aspectos mais profundos do real, aqueles que não são passíveis de esquadramento numérico, isto é, os valores, crenças, sentimentos, percepções etc., apreendeu seu “objeto” a partir da organização dedicada à produção de cuidados aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Mais especificamente, buscou-se analisar a percepção dos trabalhadores de uma equipe de ABS quanto aos possíveis impactos do *Projeto Territórios* na organização do trabalho de uma equipe de atenção básica à saúde do município de Campinas.

Para proceder esta análise fez-se, inicialmente, uma revisão de literatura sobre as DCNT e de seu enfrentamento por sistemas públicos de saúde, situando esta abordagem no campo da Programação em Saúde. Em seguida, discutiu-se as tensões existentes entre esta abordagem e a prática clínica do cotidiano da Atenção Básica, com o contraponto teórico da Clínica Ampliada e Compartilhada (CAMPOS, 2007a).

Ainda utilizando a literatura, buscou-se situar a formação do Sistema Único de Saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), com ênfase na estruturação das redes regionalizadas de Atenção à Saúde, associando as dificuldades de estruturar estas redes às dificuldades em ofertar uma atenção integral à Saúde dos portadores das DCNT no Brasil.

Em seguida procedeu-se, com base em documentos oficiais, um estudo descritivo das formulações específicas para esta atenção, a partir do “*Projeto Territórios*”

- *Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das DCNT: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*” e da proposição da política de reorganização do Sistema de Saúde Britânico, chamada “*The new NHS: Modern and Dependable*”.

A partir da constituição deste referencial teórico, procedeu-se ao trabalho de campo. Para tanto, selecionou-se uma dentre as Unidades Básicas de Saúde, que em Campinas são chamadas de Centros de Saúde. Esta escolha não foi aleatória: trata-se de uma unidade do Distrito de Saúde Norte que participou do Projeto Territórios.

A equipe do Centro de Saúde participante desta pesquisa é formada por

- 8 Agentes Comunitários de Saúde
- 13 Auxiliares de Enfermagem
- 4 Técnicos de Enfermagem
- 4 Enfermeiros de Saúde da Família
- 2 Auxiliares de Saúde Bucal
- 2 Odontólogos
- 2 Médicos de Família e Comunidade
- 1 Médico Clínico Geral
- 3 Médicos Pediatras
- 2 Médicos Gineco-obstetras
- 1 Médico Psiquiatra
- 1 Psicólogo Clínico
- 1 Nutricionista
- 3 Assistentes Administrativos
- 1 Gerente de Serviços de Saúde
- 3 Atendentes de Farmácia – Balconistas

No total, são 52 trabalhadores organizados em duas equipes de Saúde da Família/ Saúde Bucal, este Centro de Saúde conta com 8 consultórios para atendimento médico, 1 sala de atendimento odontológico, 1 sala para curativos, 1 sala para pequenos procedimentos, 1 sala para imunizações, 1 sala para nebulização, 1 sala para observação com 2 leitos, consultório de atendimento de enfermagem, sala de coordenação e sala de reunião.

Esta equipe tem responsabilidade sanitária sobre uma área territorial caracterizada por quatro tipos de ocupação do solo:

- Uma área de habitações adequadas, em geral de moradores fixados no território há bastante tempo e com características econômicas e sociais de classe média;
- Uma região de pequenas e médias indústrias e algumas unidades comerciais, onde a população é basicamente de trabalhadores e a procura destes pelo Centro de Saúde se dá essencialmente em ocasião de intercorrências por doenças agudas e acidentes de trabalho;
- Um terceiro grupo populacional está localizado em habitações subnormais, em território de ocupação junto à margem de um córrego. Esta população é caracterizada pela vulnerabilidade social, exposição a más condições de vida, violência e intempéries climáticas (alagamentos frequentes, especialmente por ocasião das chuvas de verão);
- A maior parte do território de cobertura da unidade, no entanto, é ocupado por área rural e poucas unidades industriais, de mínima densidade demográfica.

O Centro de Saúde é responsável pelo atendimento de toda a população que é moradora deste território, constituindo sua *clientela adscrita*. Além da atividade assistencial, a equipe é responsável por produzir atividades de Vigilância, Prevenção e Promoção.

Para perscrutar as percepções dos trabalhadores desta equipe, escolheu-se pela utilização da técnica do Grupo Focal. Segundo Gondim (2003, p.151), os grupos focais podem ser caracterizados como “*um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos*”.

Esta escolha foi feita na perspectiva de explorar a percepção racional e afetiva dos trabalhadores nas questões relacionadas ao cuidado realizado para os usuários portadores de DCNT adscritos a esta unidade de saúde.

Precedeu à realização do grupo focal a apresentação desta pesquisa e da intenção de realização do mesmo junto ao Colegiado Gestor da Unidade, após um primeiro contato telefônico com a Coordenadora local que sugeriu este encaminhamento.

A proposta inicial consistia da organização de um grupo focal com uma das equipes de referência do Centro de Saúde para tematizar como o grupo de trabalhadores percebe o cuidado às pessoas com DCNT e o modo como a equipe se organiza no trabalho cotidiano para responder a esta demanda, trazendo para a cena da conversa o fato de esta equipe ter participado do Projeto Territórios.

Na reunião do Colegiado Gestor, foi explanado que, na Unidade, faz-se a organização de grupos de trabalhadores para coordenar o planejamento e execução de ações para subgrupos populacionais específicos, caracterizando grupos de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adulto.

Nesta reunião, o Colegiado Gestor entendeu ser mais apropriado realizar o grupo focal proposto com o subgrupo de trabalhadores organizados para lidar mais diretamente com a execução das ações relacionadas à saúde do Adulto na unidade, com a intenção de poder captar as percepções de trabalhadores que fazem parte das duas equipes de referência do Centro de Saúde.

Ao final da reunião, uma das enfermeiras da unidade ficou responsável por articular a realização do grupo focal, e a mesma procedeu acordando data e horário possíveis aos trabalhadores participantes do Grupo de Saúde do Adulto.

O grupo foi conduzido por um pesquisador assistente e observado pela pesquisadora autora deste estudo. Para a realização do grupo focal foi elaborado um roteiro temático com questões indutoras (Apêndice 1).

Antes de iniciar a dinâmica da atividade foram realizadas a leitura, o

esclarecimento e a assinatura do TCLE (Apêndice 2), não havendo recusa em participar da pesquisa. Os sete participantes do grupo focal foram identificados numericamente para manter sigilo na transcrição de falas. O grupo foi iniciado com uma fala de orientação sobre a dinâmica de condução, sendo apresentado o pesquisador auxiliar como coordenador deste momento e a pesquisadora como observadora somente. Foi orientado ainda que a livre participação e o livre falar eram fundamentais para a constituição do material de pesquisa.

A atividade teve duração aproximada de 55 minutos e a participação ininterrupta de todos os trabalhadores convidados para o momento salvo a exceção de um trabalhador que chegou 15 minutos após o início da atividade.

Para a análise do material produzido em campo, construiu-se uma narrativa, usando metodologia inspirada em Onocko-Campos e Furtado (2008). Para os autores, a narrativa é um recurso interpretativo potente para processar o material produzido em pesquisas qualitativas. A recomposição do campo prático por meio da narrativa evidencia sua função de ligação, de construção. Compor a narrativa, segundo Ricoeur (1997), tem a função de operar um agenciamento dos fatos e de encadear os acontecimentos, buscando compor, com coerência, uma relação de causalidade possível entre os fatos.

Constituiu-se então esta narrativa, com a intenção de elaborar uma síntese das muitas vozes dando a um sujeito coletivo – trabalhadores de uma unidade de Atenção Básica de Campinas – SP – a autoria do texto. Num segundo encontro a proposta de narrativa foi reapresentada ao grupo e após lida e interpretada, foram processados os ajustes sugeridos e a mesma foi validada pelo grupo.

A apresentação dos resultados da pesquisa de campo foi feita em três momentos: no primeiro, foi feita uma análise das atividades do Projeto Territórios – ou Projeto de “Gestão da Clínica” – em Campinas; neste momento, além do material oriundo da narrativa, foram utilizados também os registros feitos pela autora relativos ao período em que atuou como Facilitadora de Gestão Clínica do referido Projeto, além de documentos de avaliação produzidos pela equipe gestora do Projeto Territórios em

Campinas.

O Projeto Territórios propõe uma atuação em três dimensões do trabalho em saúde: (1) a qualificação e o aumento da resolutividade das equipes de atenção básica; (2) o redimensionamento da rede especializada em seu papel complementar à Atenção Básica, fortalecendo a constituição de efetiva Rede de Atenção à Saúde; e (3) a aproximação entre aspectos gerenciais e aspectos clínicos na construção de processos de trabalho objetivando o “dever de qualidade” e o aumento da eficácia das ações em saúde.

Procedeu-se, no segundo momento, uma análise das questões surgidas no grupo em relação às percepções dos trabalhadores sobre o cotidiano de trabalho de cuidado às pessoas com DCNT. Para fins de sistematização, o material foi analisado quanto aos aspectos deste trabalho a que se referem os seguintes núcleos:

- Sobre o trabalho cotidiano de cuidado às pessoas com DCNT;
- Sobre a articulação da rede de saúde;
- Sobre a relação com a gestão.

Por fim, no terceiro momento, procedeu-se à discussão dos resultados do campo, destacando-se a identificação de três pontos críticos: (1) a tensão entre o que é considerado “trabalho da Atenção Básica” e o acolhimento à demanda espontânea dos usuários; (2) a fragilidade da rede de relações entre pessoas e serviços; e (3) a assimetria de poder na relação entre os trabalhadores e os diversos níveis de gestão, gerando a percepção de fraqueza e impotência dos trabalhadores frente aos desafios cotidianos do trabalho em saúde.

CAPÍTULO 1 - As Redes e a Integralidade possível

Caso Clínico

Maria, 58 anos, dona de casa, negra, obesa, moradora de um conjunto habitacional popular em Campinas – SP.

Desde a inauguração do Centro de Saúde, que coincidia temporalmente com a sua chegada àquele lugar, era acompanhada pela médica (pediatra de formação e atuando como médica generalista) por asma, hipertensão arterial e por incômodos relacionados aos sintomas do climatério, marcadamente de caráter psíquico como ansiedade e irritabilidade.

Sempre trazia queixas relacionadas à vida cotidiana, como dores pelo corpo que pioravam quando fazia o trabalho doméstico, e reclamava ter que fazê-lo sem a ajuda do marido ou do neto que moravam com ela.

Por história familiar de neoplasia de mama fora contraindicada a terapia de reposição hormonal para M.

Passados uns cinco anos de seguimento, M. também é diagnosticada com Câncer de Mama. Encaminhada para tratamento no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Unicamp, passou a apresentar mais intensamente sintomas de nervosismo, choro fácil e insônia, mesmo tratada com antidepressivos e ansiolíticos.

Em determinada consulta, chegou muito abalada e mostrou à médica generalista uma “contra-referência”, em que o especialista solicitava acompanhamento para o quadro emocional da paciente. Contou à médica ter ouvido o especialista comentar que não havia mais o que fazer para diminuir seu sofrimento. Ali seria tratado o câncer. O nervosismo, a pressão alta e a asma, no posto de saúde.

Esse relato foi trazido pela médica generalista a uma reunião clínica no Distrito Norte de Saúde de Campinas, como proposição para discussão de caso clínico.

A médica queria compartilhar sua dificuldade em lidar com uma situação muito complexa, dentro de um contexto em que a paciente era assistida por serviços diferentes, por equipes diferentes e em que não havia possibilidade de diálogo entre elas.

Disse que, embora a paciente estivesse tendo acesso ao ‘tratamento’ necessário para suas doenças, seria importante contar ao especialista o que lhe foi dito no encontro em que recebeu a carta:

- Doutora, ele disse a mim que não podia me ajudar com isso, que esse não era o papel dele, como fazem meu marido e meu neto quando peço ajuda com o trabalho de casa...

Após 25 anos de institucionalização do SUS (BRASIL, 1988) para a assistência à saúde no Brasil, ainda há espaço para pensar-se a construção de um modelo de atenção à saúde que garanta efetivamente a saúde como direito de todos e dever do Estado (PAIM *et al*, 2011).

Os modelos de atenção à saúde podem ser descritos como organizadores do funcionamento de serviços de saúde, articulando a população, as intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. Esta articulação sofre influência da concepção social de saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde (TEIXEIRA, 2003).

Para o estabelecimento de cuidado integral em saúde no Brasil, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS. A superação da fragmentação do cuidado, do modelo médico centrado e o aumento da efetividade das ações de saúde são condições para o estabelecimento de um sistema de saúde capaz de apresentar respostas adequadas aos atuais problemas de saúde da população brasileira.

É importante que este Sistema englobe mudanças na forma de cuidar tanto de condições agudas quanto de crônicas. Na afirmação de Silva e Magalhães Jr. (2011, p 71), “os sistemas de saúde, para não reforçar sua histórica fragmentação, não podem e não devem, por razões de eficácia e economicidade, se dividir em subsistemas de cuidados crônicos e cuidados agudos”.

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento instituinte do Sistema Único de Saúde, propõe um modelo de sistema de saúde que entende a proteção à saúde de uma forma integral, incluindo a promoção, a ação curativa e a reabilitação.

Orientada pela noção de saúde como parte dos direitos humanos e com a compreensão de determinação social do processo saúde-doença, assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática. Esta proposição da RSB toma forma na Constituição Brasileira de 1988, mas sua implantação ocorre em um contexto político que favoreceu amplamente o modelo neoliberal que tornou o Estado Brasileiro progressivamente incompatível com a

formulação do SUS nos moldes do Movimento da Reforma Sanitária (PAIM, 2007; FLEURY, 2009).

Neste contexto paradoxal, há um choque entre a proposta constitucional do Sistema Único de Saúde como modelo de Assistência Integral à Saúde, garantindo acesso universal e oferta equitativa de serviços e cuidados integrais de saúde e um ambiente político em que o Estado se torna progressivamente reduzido e a sociedade se impregna da compreensão individualista de riscos e responsabilidades de saúde.

Para Paim, a RSB “obteve como desfecho uma reforma parcial, predominantemente setorial e institucional, identificada como a construção e implantação do Sistema Único de Saúde” (PAIM, 2007, p. 271). O autor refere-se a este processo como passível de ser descrito pelo binômio alusão-ilusão, em que

alude quanto aos problemas de saúde e da organização dos serviços (decorrentes da determinação social) e ilude quanto à solução (reforma parcial), convivendo com iniquidades sociais e um Estado colonizado por interesses capitalistas, corporativos e partidários” (*idem*, p. 271-272).

Na compreensão de Righi, os efeitos deste paradoxo podem ser percebidos na estruturação de um sistema onde, apesar de a descentralização do SUS ter se dado (para o movimento da reforma sanitária) intencionando democratização, dentro do contexto político neoliberal, essa descentralização serve para “fragmentar, devolver tarefas para os municípios e favorecer processos de privatização” (RIGHI, 2010 pp 60).

O modelo de atenção à saúde, instituído na criação do SUS, traz reflexos do cenário brasileiro. Caracterizado pelas dimensões continentais do país, por suas grandes diferenças socioeconômicas entre e dentro das diferentes regiões, pelo desafio de lidar com a necessidade em relacionar a oferta de serviços de saúde, considerando a integralidade e equidade nesta oferta, e a necessidade de garantir acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade num sistema onde a pressão do mercado sobre o modo de produzir/consumir saúde é muito grande. Esses elementos tornam muito complexa a constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010).

Estas barreiras à construção do sistema integral e articulado entre territórios municipais definiram, na descrição oficial do Ministério da Saúde, um sistema

caracterizado pela fragmentação e conseqüente insuficiência do modelo:

[...] a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010, p. 1).

Para Mendes, os sistemas de saúde fragmentados são, conceitualmente,

[...] aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. [...] Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010, p. 2299).

O fortalecimento de redes regionalizadas de saúde tem sido proposto como uma estratégia para superar a fragmentação da Atenção à Saúde e garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Na opinião de Magalhães Júnior (2011, p. 9) “ter redes significa, na prática, ter possibilidade de integralidade”, acenando para a estruturação de redes de saúde como a viabilização de serviços de saúde articulados, capazes de responder às demandas de saúde de um determinado lugar, superando a fragmentação dos serviços de saúde

como caracterizados anteriormente.

Na definição oficial, Integralidade é “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1996).

Para Carvalho (2005), o Estado deveria garantir *‘tudo para todo mundo’*. No entanto, para o autor, o princípio da integralidade tem sido compreendido de forma diversa da proposta, levando-se em consideração as matrizes políticas de compreensão social do movimento da reforma sanitária e o contexto político neoliberal de implantação da reforma:

O “tudo” que estava inscrito, era com mudança radical do modelo de saúde. O modelo vigente à época, já plantado e crescente em sua voracidade, defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações gerais e de UTI, em equipamentos, materiais e medicamentos.[...] Deste embate entre tecnicismo e humanismo, entre integralidade e “desintegralidade” (fragmentação), entre um capital despudorado e o científico humanizado, tivemos o desprazer e decepção de assistir à preponderância do interesse do capital. O que queríamos ver sepultado, saiu revigorado e resplandecente. A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos “especialistas”, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros.[...] O capital, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo “integralidade” dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, devam ser dispensados a todos. [...] Quando se pretendia a INTEGRALIDADE dentro dela estava explícito o novo modelo com promoção, proteção e recuperação. Pretendia-se a regulamentação da incorporação tecnológica cerceando o uso indevido das mais variadas tecnologias. Pretendia-se e pretende-se uma INTEGRALIDADE mais racionalizada, alicerçada nos princípios científicos da Medicina Baseada em Evidências - MBE (*idem*, p. 1-3).

E, possivelmente neste sentido, o uso de evidências científicas tenha a aplicabilidade de racionalizar a incorporação de tecnologias e insumos no cuidado em saúde, contrapondo-se ao avanço acelerado e, de certa forma, desmedido, da introdução de novos procedimentos e tratamentos por pressão do complexo médico industrial.

Discutindo o uso de evidências científicas para embasar decisões clínicas, Cunha (2004) destaca como aspecto positivo a possibilidade de que o simples

diagnóstico não é o bastante para garantir eficácia de uma conduta terapêutica (CUNHA *apud* DUNCAN e SHMIDT, 1996). Haveria a necessidade de amparar as decisões em estudos que possibilitassem decisões clínicas fundamentadas.

Em contrapartida, o autor é enfático em colocar a MBE dentro de um conjunto de ferramentas que potencialmente reduzem a ação clínica, por permitirem a generalização das ações em saúde.

Resumindo, os protocolos mais típicos, a programação em saúde e a medicina baseada em evidências têm em comum uma certa pretensão totalizante que os tornam reforçadores de uma arrogância e de uma ausência de diálogo na clínica que nos parece, por hora, um obstáculo dos mais graves à ampliação da clínica e à qualidade da Atenção Básica. O que não significa que, assumindo estas ressalvas, não se possa fazer bom uso das suas contribuições (CUNHA, 2004, p.149).

Na perspectiva de construir um modelo de saúde capaz de olhar para o indivíduo de forma ampliada e preparar os serviços de saúde para dar respostas singulares dentro de uma perspectiva de cuidado integral em saúde, Mattos (2001) fala em muitos sentidos possíveis da integralidade. Silva e Magalhães Jr. (2011) descrevem três dimensões da integralidade, esquematizando sua descrição.

- Uma dimensão vertical, que se refere ao olhar integral para as necessidades de saúde de uma pessoa;
- Uma integralidade que se refere à construção de Redes de Saúde articulando pontos com diferentes padrões tecnológicos, no sentido de permitir a produção do cuidado integral; e
- Uma integralidade multidirecional, compreendida em sua dimensão de articulação intersetorial, remetendo-se ao conceito fundante da saúde pública, onde a saúde é entendida como produto da articulação de diversas políticas públicas e condições socialmente determinadas.

Sobre a constituição da Integralidade na dimensão vertical, a resposta às necessidades de saúde dos sujeitos pode ser vista como o fio de condução do cuidado

integral (MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2001).

Campos (2007a) contribui significativamente para a proposição de uma reformulação da prática clínica que dê respostas a esta dimensão individual das necessidades de saúde. Ele propõe um olhar não “para um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (CAMPOS, 2007a, p. 54), visando produzir uma reforma da Clínica capaz de pôr ‘a doença entre parênteses’, que perceba o Sujeito em suas múltiplas dimensões e permitindo a construção de um agir integral, a partir deste redimensionamento das necessidades do Sujeito concreto.

Como ressaltar o Sujeito trazendo junto sua integralidade humana: humanidade que, no caso, inclui também distúrbios, sofrimento, dores, risco de morte, doença, enfim? [...] Então pôr a doença entre parênteses, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar o olhar também para a doença do doente concreto (*idem*, p. 55).

A imagem da construção de redes de saúde constituindo a dimensão horizontal da integralidade pode ser relacionada à rede de saúde apresentada pela primeira vez no Informe Dawson, em 1920² (DAWSON, 1964).

A rede proposta por Dawson é composta pela articulação de serviços de atenção primária com serviços de atenção secundária e terciários, e ligados a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como a um suporte logístico de funcionamento. Esta rede seria dimensionada para um determinado território, com população adscrita aos serviços de atenção primária e teria uma escala de aproximadamente 2.000.000 de pessoas para cada rede “completa”, usando como referência a totalidade de pessoas sob responsabilidade de um hospital universitário. Os serviços de atenção primária estariam distribuídos no território e seriam a porta de entrada no sistema. Estes serviços estariam destinados à assistência clínica, às ações de vigilância em saúde e também ao papel de ordenar o desenvolvimento e adequação das redes a partir das

² A primeira descrição de uma rede regionalizada incluindo todos os níveis de atenção à saúde foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês. Fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, sua missão era buscar formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR e CHORNY, 2010).

necessidades de saúde de determinada localidade (*idem, ibidem*).

Usando-se a imagem de redes como “[...] um conjunto de nós interconectados” (CASTELS, 2000, p. 498), pode-se fazer um paralelo em que uma rede de assistência à saúde é composta por serviços de saúde interconectados entre si na proposição de Dawson.

Para a proposição de redes de atenção à saúde no SUS, a Comissão Intergestores Tripartite, que reúne gestores das esferas municipais, estaduais e federal de saúde, adota a definição de redes como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção integral à saúde com qualidade, humanização das ações e responsabilização pelos resultados sanitários e econômicos destas (CIT, 2010).

A Rede caracteriza-se pela formação de relações menos verticalizadas entre os diferentes pontos de atenção, articulados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e organizados a partir do reconhecimento das necessidades em saúde de uma população, com responsabilização na atenção contínua e integral, executada como cuidado multiprofissional (*idem, ibidem*).

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular e devem estar organizados por uma lógica fundamentada na economia de escala, qualidade e acesso, ofertando ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde e permitindo a articulação e interconexão de serviços e profissionais de saúde, conhecimento e tecnologias, para que os usuários do sistema de saúde possam acessá-los de forma racional e regulada, de acordo com uma lógica técnico-sanitária (SANTOS e ANDRADE, 2011).

Para Righi, é importante refletir sobre a imagem das redes dado que as

[...] tentativas de produção de redes ficam limitadas porque tendem à homogeneidade e buscam identificar novos centros que possam ocupar o

lugar que, na pirâmide, é o topo. A imagem de uma rede homogênea é a de nós (pontos) iguais conectados a distâncias iguais e com fluxos de igual intensidade. É preciso superar esta concepção de rede na gestão da saúde, pois a trama da rede não é sempre esta, ou não é apenas esta (RIGHI, 2010, p. 65-66).

O documento que contém as diretrizes para a implementação de redes no SUS antecipa que não há como prescrever um modelo organizacional único para as redes; no entanto, destaca pontos considerados essenciais para o estabelecimento destas:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviço de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
13. Ação intersectorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
14. Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

Para a maior parte dos municípios brasileiros, não é possível arcar com a assistência à saúde de cada cidadão de forma integral, entre outras questões, por razões de economia de escala, uma vez que a grande maior parte dos municípios brasileiros tem menos de 20.000 pessoas (BRASIL, 2000).

A necessidade de que os municípios se interconectem aparece na possibilidade de garantir integralidade no cuidado à saúde de pessoas de uma determinada região, redefinindo os territórios das redes de saúde neste caráter regional, mais amplo que o território de um município e adequando o desenho destas regiões às fronteiras funcionais de cada lugar. Esta possibilidade recria os limites geográficos e desenha territórios intermunicipais e, eventualmente, interestaduais. Neste ponto, as redes interfederativas de saúde aparecem como uma possível solução (SANTOS e ANDRADE, 2011).

Nos últimos anos algumas iniciativas de gestão têm sido adotadas para estimular a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. A avaliação de que o processo de gestão no SUS era atrapalhado por questões burocráticas e pela pouca autonomia dos gestores para a implementação de mudanças levou à negociação e instituição de um Pacto pela Saúde, em 2006, através da Portaria 399, de 22 fevereiro de 2006, produto da negociação das três esferas de governo.

O Pacto pela Saúde foi estruturado para direcionar ações em três dimensões do SUS. O Pacto pela Vida, abordando prioridades com impacto na situação de saúde da

população; o Pacto em Defesa do SUS, intencionando estimular ações para destacar a dimensão de política de Estado e mobilizar a sociedade em torno das questões do sistema de saúde e o Pacto de Gestão, que propôs diretrizes para a gestão do sistema de saúde dando foco à descentralização e regionalização, abordando questões de financiamento, planejamento, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (SILVA, SOUTO JR. e BRÊTAS JR., 2011).

Cipriano Maia, em entrevista concedida ao sítio do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), afirma que o Pacto pela Saúde promoveu interessante avanço no sentido de construir a negociação entre os entes da federação, fazendo evoluir a constituição de normas para um modelo de pactuação de compromissos, com organização de serviços de saúde regionalmente e com os resultados das ações em saúde. Aponta, ainda, que a falta de mudança no modelo de financiamento impediu que a pactuação se desenvolvesse em toda a sua potência de negociação, burocratizando o estabelecimento dos pactos regionais (VASCONCELOS, 2013).

Evoluindo na tentativa de efetivar as redes regionalizadas de saúde através de relações entre os entes federados, em junho de 2011 a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, é regulamentada pelo Decreto 7.508, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, com a intencionalidade de possibilitar a redução das iniquidades em saúde e promover a instituição de relações de cooperação e solidariedade na construção de redes de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto 7.508, no capítulo que versa sobre a organização do SUS, propõe a constituição de Regiões de Saúde a partir da articulação entre municípios e estados e que contenham ações e serviços de Atenção Básica à Saúde, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e especializada e hospitalar e vigilância em saúde e que tenham definidos seus limites geográficos, população usuária, rol de ofertas e serviços e definição de responsabilidades, critérios de acessibilidade e de escala para a conformação de serviços. Estas regiões de saúde serão referência para a transferência de recursos entre os entes federativos (*idem, ibidem*).

Este Decreto define, ainda, no aspecto de articulação interfederativa, as comissões Intergestores Tripartite, no âmbito da União, e Bipartite, no âmbito estadual, como espaço de gestão e pactuação nas redes. Para formalização do contrato entre os entes federativos nas redes está previsto, no texto do Decreto, o estabelecimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), dando forma ao acordo de colaboração para a constituição das redes interfederativas de saúde. O COAP deverá conter, em caráter essencial, a identificação das necessidades locais e regionais, o rol de ofertas de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional, a descrição das responsabilidades de cada ente federativo, indicadores e metas de saúde, estratégia para a melhoria das ações e serviços da saúde, critérios de avaliação e monitoramento dos resultados de saúde, adequação das ações e serviços ao RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde), investimentos nas redes e a definição de recursos que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução (*idem, ibidem*).

Para atingir a meta de estabelecer redes de cuidado à saúde, Santos (2012, p. 30-31) avalia que:

[...] perante a necessidade de integrar serviços entre os entes federativos, é imprescindível ter recursos na União e nos Estados para a promoção da equidade regional, desde que os critérios de rateio sejam legais e equânimes, não se sujeitando à vontade política dos dirigentes públicos, e sejam compatíveis com as realidades brasileiras.

Concordando com a colocação de Santos, Vasconcelos (2013) afirma que se não se alterar o modelo de financiamento atrelado a programas específicos e emendas parlamentares, não haverá concreto fortalecimento das redes, como ocorrido na implementação do Pacto pela Saúde. Segue afirmando que, para a gestão do sistema de saúde, é importante ter a dimensão de que são necessários investimentos político e técnico no sentido de construir a governança regional.

Ainda não existem elementos para avaliar o impacto dos dispositivos do Decreto 7.508 na efetivação das redes regionalizadas de saúde. Para Vasconcelos (2013), a possibilidade da judicialização advinda do estabelecimento de um contrato (COAP) não

é suficiente para garantir cooperação e solidariedade entre os entes federativos, necessárias à estruturação das referidas redes.

Hartz e Contandriopoulos (*apud* SANTOS e ANDRADE, 2011, p.38) reforçam a necessidade de uma dupla leitura sobre a natureza das redes:

“[...] como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos”.

Na afirmação de Pinheiro e Luz (2007), os modelos são planejados por gestores que propõem sua execução através de regras ou normas que geram uma cadeia de atos e resultam no funcionamento de uma instituição ou organização. As autoras destacam que, no entanto, tais atos devem ser concretizados por distintos atores, o que acaba gerando um conjunto diferenciado de práticas e uma separação formal e real entre quem planeja e quem executa o trabalho.

Tendo em vista que as redes não são apenas o ajuntamento de serviços ou a organização destes, mas englobam um conjunto de ações e processos, há que considerar a necessidade de articular, para além dos gestores representantes dos entes federativos, outros atores envolvidos na construção destas. A participação efetiva de trabalhadores de saúde e representantes dos usuários é fundamental para a formulação e execução de modelos tecnoassistenciais que correspondam às necessidades de saúde das pessoas e permitam que os atores envolvidos na produção de saúde componham as intenções e objetivos de seu fazer.

Segundo Levcovitz (1997), o que parece surgir é a necessidade de superação das formas tradicionais de gestão, caracterizadas pela separação de aspectos políticos e técnicos das ações propostas, por um modo de fazer onde aspectos de caráter político, ideológico, institucional ou administrativo ocupam espaços de gestão concreta, o que deve requerer novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários.

Na perspectiva de discutir elementos para a gestão em saúde, Carvalho e Cunha (2009) descrevem a necessidade de pensar mudanças que pretendam superar a

tradição gerencial, que reduz as pessoas à condição de instrumentos submetidos aos objetivos das instituições de saúde, transformando-as em objetos ou em insumos. Compreendendo que é no cotidiano que os modelos de gestão em saúde são produzidos e cristalizados, os autores buscam propor ferramentas conceituais e operativas para intervir sobre o processo de trabalho que valorizem o papel das relações intersubjetivas no cotidiano do trabalho saúde nas funções de planejamento e execução das ações.

Para Merhy, os problemas de saúde, bem como as estratégias para superá-los, antes de ocuparem o espaço da formulação técnico-assistencial, existem no encontro, nas disputas e acordos, entre trabalhadores da saúde e usuários, portando as necessidades de saúde. Este encontro é mediado por um terceiro grupo de pessoas, estas legitimadas para o papel de governar e contratualizar este processo.

Sobre o modo como acontece a produção em saúde, Merhy e Franco (2007, p.1) descrevem

[...] uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades que os fazem operar no campo social, definindo suas relações e produzindo eles mesmos os cenários da produção do cuidado. São características constitutivas do modo de produção da saúde, o fato de que os trabalhadores exercem um razoável auto-governo sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação indica que a transformação do perfil produtivo depende de mudanças no agir do trabalhador de saúde, o que diz respeito ao aspecto de ser ele detentor de uma determinada proposta de organização da produção do cuidado, bem como portador de uma certa subjetividade que opera para que assuma determinadas atitudes junto dos pares e dos usuários.

No entendimento de Merhy, a produção de saúde que se precisa gerir dentro de um sistema ou instituição de saúde, assim dimensionada, demanda que os gestores ampliem o conjunto de instrumentos de gestão para tornar possível lidar com situações complexas da produção de saúde, compreendendo a necessidade de ser capaz de articular interesses, mediar conflitos, estimular a postura ativa e crítica dos envolvidos (singulares e coletivos) em cada situação. Cabe destaque, dado pelo autor, à

necessidade de questionamentos sobre a captura do trabalho vivo³, dada pela imposição de modelos, por exemplo, e sobre a possibilidade de dar espaço ao potencial criativo do trabalho em saúde, demandado pela natureza deste trabalho em si (MERHY, 1997).

Diante da necessidade de compor interesses e estimular a democracia nos modelos de gestão do trabalho em Saúde, Campos (1998) apresenta um modelo de co-gestão que propõe como resposta a esta necessidade.

Como combinar democratização institucional com capacidade operacional e, portanto, com algum grau de centralização vertical, sem o qual os estabelecimentos se perderiam em discussões intermináveis ou em particularismos? Como propiciar independência e autonomia para cada equipe, sem que se perca o sentido de rede de compromissos, sem que se perca a noção de sistema, ou sem que seja comprometida a diretriz da integralidade da atenção? [...] Como articular autonomia e criatividade com responsabilidade profissional? Governar junto, não somente ser governado ou imaginar o delírio de governar-se ignorando as imposições da realidade (*idem*, p. 834-840).

Para Campos (2007b), a construção de possibilidades para a formulação de uma nova forma de gestão, superando o modelo tradicional e considerando a necessidade de envolver todos os atores do processo, deve agrupar quatro planos envolvidos na possibilidade de co-governo: “do desejo, do interesse, da necessidade social e das instituições” (*idem*, p 75). Isto porque, na opinião do autor, “a gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, e uma diretriz ético-política fundamental” (CAMPOS, 2007a, p. 164).

Para este autor, regras de convivência institucional devem fazer compor as necessidades sociais e a produção de liberdade, o que pode ser formatado em rodas de co-gestão, definidas como “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2007b, p. 42).

A efetiva participação de trabalhadores em espaços de co-gestão deve estar atrelada, no entanto, à possibilidade de “estender o direito e a capacidade de decidir a

³ Definição para o trabalho no exato momento da sua atividade criativa e os produtos que se realizam ali, neste momento, em um processo que é sempre relacional (MERHY, 1997).

todos os membros de um determinado coletivo[...]. Direito formal, expresso em leis e regulamentos; e na capacidade, na prática, assegurando também que os que trabalham disponham de tempo e informação para discutir, decidir e planejar” (*idem*, p.151).

Moraes (2013, p. 12), relatando a experiência de construção de um espaço de co-gestão em serviço de saúde avalia que

a partir da instituição das rodas como espaços onde se tornou possível o exercício do poder por parte dos sujeitos trabalhadores. [...], foi possível aos trabalhadores tomar consciência de que isso não só era possível, como também era um potente instrumento de motivação, tanto para co-gestão quanto para o trabalho em si.

Segundo Campos e Amaral (2011), uma alternativa viável é a criação de contratos, dentro dos serviços de saúde, sobre a responsabilidade do cuidado e de seus resultados. Com o estabelecimento de espaços coletivos para monitoramento e avaliação, a equipe assume o papel avaliativo da Gestão Clínica, com pouca ênfase ao controle externo e à supervisão.

Em alusão ao modo de gestão do trabalho elaborado para a gestão clínica, os autores tecem consideração sobre a necessidade de incluir o plano da construção de autonomia tanto de trabalhadores quanto de usuários como parte do processo gerencial.

Tais iniciativas se assemelham ao que valorizamos na gestão, porém enfatizamos a necessidade de articulá-las a espaços de coprodução de autonomia, dos profissionais e dos usuários, além do uso de instrumentos de auditoria e protocolos. (*idem*, p. 29).

Assim, Campos marca a necessidade de criação de um modelo de gestão do trabalho que, além incorporar as ferramentas para a gestão dos processos de trabalho na saúde, também viabilize reformas organizacionais e do processo de trabalho voltadas para a ampliação da democracia institucional.

É nesse sentido que venho sugerindo a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional; ou seja, reformas que concretizem formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre clínico e equipe, entre profissionais e usuários (CAMPOS, 2010, p. 762).

A proposição das RAS no contexto já exposto engloba a proposição de gestão

desta dimensão do trabalho cotidiano na produção de saúde, através da adoção de ferramentas da Gestão Clínica, caracterizada pela adoção de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde, que parece aproximar da realidade do cotidiano da produção de saúde elementos de gestão das RAS (BRASIL, 2010).

A gestão da clínica compreende a adoção de política e estratégias para:

- a) assegurar padrões clínicos ótimos;
- b) aumentar a eficiência;
- c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais;
- d) prestar serviços efetivos; e
- e) melhorar a qualidade da atenção à saúde (*idem, ibidem*).

Na proposição do MS, Diretrizes Clínicas dariam forma a Guias de Prática Clínica e Protocolos Assistenciais, orientariam a organização de Linhas de Cuidado e viabilizariam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos. Esta articulação entre pessoas e serviços permitiria, ainda, a adoção de outras ferramentas como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera (*idem, ibidem*).

A Gestão Clínica pode ser definida como um conjunto de tecnologias de micro gestão destinado a organizar serviços de saúde comprometidos em prover uma atenção à saúde de qualidade, com critérios de eficácia e efetividade para execução das ações, a partir do uso de evidências científicas para embasar a tomada de decisões e que seja seguro aos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

O conceito de Gestão Clínica e a descrição das ferramentas atreladas a este conceito estão mais bem detalhados no capítulo seguinte, em que o projeto propositor da adoção deste conceito para a reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil e sua inspiração na política de remodelamento do *National Health System* do Reino Unido serão descritos.

CAPÍTULO 2 - A Gestão Clínica e o enfrentamento das DCNT

O Brasil, através do Ministério da Saúde (MS), alinhado com os esforços da OMS em aprimorar o desempenho das organizações de saúde para o cuidado às DCNT, estabeleceu o Pacto pela Saúde em 2006 que, na dimensão chamada Pacto pela Vida, descreve a existência de uma dupla carga de adoecimento (doenças transmissíveis e não transmissíveis) e sugere a necessidade de uma nova estruturação do sistema de saúde, no sentido de torná-lo mais eficiente na promoção de cuidados de saúde (BRASIL, 2006a).

A proposição trazida neste Pacto, construído a partir de discussões e acordos realizados por representantes dos níveis federal, estadual e municipal, como uma ampla política de promoção de saúde, é centralmente organizada na articulação de uma série de ações de caráter intersetorial, de planejamento, de educação em saúde, monitoramento de doenças e de fatores de risco e aprimoramento de assistência à saúde, privilegiando ações no incentivo à adesão de dieta saudável, prática de atividade física, redução do tabagismo e do uso abusivo de álcool (texto do Pacto), fatores de risco para as DCNT de enfrentamento prioritário segundo a OMS⁴ (WHO, 2008).

O Pacto pela Saúde inclui, ainda, a estratégia de facilitar o acesso aos serviços de saúde a partir da expansão da rede de APS e promover ampliação de qualidade e resolubilidade dos serviços ofertados (BRASIL, 2006a).

As estratégias específicas para o enfrentamento organizado das DCNT foram tema de debates, durante o ano de 2008, promovidos pelo Departamento de Atenção Especializada (DAE) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, com o intuito de construir uma proposta de ação capaz de aprimorar o cuidado integral às DCNT no SUS, através da qualificação da Atenção Primária à Saúde no Brasil e da

⁴ Para o planejamento de ações de enfrentamento à epidemia de DCNT, a OMS prioriza a abordagem de quatro doenças (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) associadas a quatro fatores de risco em comum (tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool) como temas centrais na estruturação de planos de combate às DCNT (WHO, 2008).

construção de redes de cuidado (BRASIL, 2010).

Um produto destes debates foi a estruturação do *Projeto Territórios - Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das DCNT: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*.

O alvo de ação central deste Projeto é a necessidade de aumentar a efetividade da Atenção Primária no cuidado às DCNT, através da capacitação de seus profissionais e do redimensionamento da atenção especializada no seu papel de ser complementar ao cuidado, garantindo a integralidade da assistência aos portadores de tais doenças (BRASIL, 2010).

Considerando as grandes dimensões territoriais do país e a necessidade de distribuir a oferta de assistência em regiões muito diferentes, somou-se ao objetivo inicial a estruturação de redes loco regionais de saúde, fixando em territórios de saúde os serviços e ações necessários para o cuidado integral às DCNT. Em setembro de 2009, a direção do Departamento de Atenção Especializada transferiu o Projeto para o Departamento de Articulação de Redes de Atenção (DARA), incluindo-o, a partir de então, como parte do planejamento de desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, a partir da estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção do SUS.

O *Projeto Territórios* guarda grande proximidade com o projeto britânico de *Clinical Governance*. Portanto, para melhor compreensão desta experiência brasileira, considera-se pertinente apresentar, antes, o projeto britânico.

O *Department of Health (DH)*, adota a “*Clinical Governance*”, traduzida para português e para o SUS como Gestão Clínica, como parte de um conjunto de mudanças adotadas durante um momento de crise de credibilidade do Sistema de Saúde Britânico, ao final dos anos 1990, substituindo o modelo de gestão do *National Health System (NHS)*.

Em publicação oficial de dezembro de 1997, o *DH* propõe uma organização do Sistema de Saúde que torne o *NHS* moderno e seguro. Através do incremento de recursos destinados à saúde, da proposta de oferecer cuidado integral às necessidades de saúde das pessoas e ampliar a disponibilidade de acesso à cuidado em saúde para a população, uma série de mudanças propostas para a reorganização do *NHS* inclui a “*Clinical Governance*” como parte deste conjunto.

A reorganização proposta pelo governo britânico enseja desenvolver um modelo de gestão em saúde que nem seja “engessada”, como na gestão centralizada adotada na década de 1970, no curso de políticas de bem estar social na Europa, e nem seja baseada no estímulo à competição do mercado interno proposto na década de 1990, com a adoção de modelo neoliberal de governo.

Propõe-se uma terceira via, baseada na parceria, avaliada e impulsionada pelo desempenho dos serviços de saúde, embasada em seis proposições centrais:

- Ampliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde;
- Liderança dos processos de mudança nos serviço de Atenção Básica (*Primary Health Care*), reconhecendo que, neste nível de atenção, os problemas de saúde da população são melhor identificados;

⁵ Este subitem consiste na descrição da política de remodelamento do *NHS*. A construção deste tem base na observação e sistematização do documento oficial *The New NHS. Modern – Dependable. Department of Health*. Disponível em <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>. Acesso em 18/08/2013.

- Romper as barreiras institucionais dos diferentes serviços de saúde e constituir a parceria como modo de articular tais serviços, com o intuito de colocar as necessidades de saúde das pessoas em destaque;
- Aumentar a eficiência dos serviços de saúde;
- Instituir a excelência e a qualidade nos serviços de saúde;
- Refazer a confiança no NHS através de transparência na gestão.

A declarada intenção oficial de remodelar o sistema gerencial do *NHS* propõe englobar o potencialmente bom dos modelos de gestão anteriores e descartar as práticas consideradas nocivas, reorganizando o modelo de financiamento do sistema, a partir de gestão descentralizada do orçamento, organizada e executada com base na Atenção Básica, numa articulação entre os *Primary Care Groups* e a figura de gestão chamada *Health Authority*, responsável pela articulação com o nível central do NHS, planejamento e fiscalização em saúde.

O que antes estava centralizado nos *NHS Trusts* (organizações que englobavam representantes de Atenção Básica, Hospitalar e Rede de Apoio) e que era estimulado a disputar a contratação de serviços de saúde a partir das regras de mercado, colocando as questões financeiras como centro das decisões, passa a ser executado pela articulação dos PCG e *Health Authorities*. Os *NHS Trusts* seguem participando, junto com estes entes, do desenvolvimento de *Health Improvement Programs* – Planos de Desenvolvimento em Saúde – sem, no entanto, terem poder decisório na administração orçamentária.

Estas mudanças intencionam evidenciar as responsabilidades do NHS e induzir o trabalho conjunto pela melhoria da qualidade e eficiência do sistema, pondo fim à competição entre profissionais, onde as boas práticas são utilizadas e compartilhadas para benefício das pessoas e não como diferencial de serviços e instituições na disputa pelo mercado.

As novas medidas organizativas intentam acabar com a ineficiência,

desenvolvendo e avaliando o desempenho dos serviços a partir de um amplo conjunto de indicadores de desempenho a serem desenvolvidos e aplicados entre diferentes serviços e locais do NHS (*benchmark*); diminuir a burocracia, flexibilizando as estruturas de gestão e melhorando os fluxos de informação e contratação entre as partes; pôr fim à instabilidade determinada por contratos anuais de serviços ao adotar contratos de médio e longo prazos, possibilitando o desenvolvimento e avaliação das ações ao longo de mais tempo e pôr fim ao obscurantismo gerencial, tornando transparentes aos olhos públicos os processos de gestão, a execução de orçamento e os resultados em saúde.

Esta mudança propõe aliar uma cultura da qualidade nos serviços com a eficiência destes e, na definição oficial da política, é dirigido pelo desempenho. As ações são organizadas em três áreas: a criação de padrões e diretrizes de ação para serviços de saúde e tratamentos em saúde; o desenvolvimento de medidas de responsabilização local e até individual pela qualidade dos serviços e tratamentos ofertados e a criação de uma nova organização de atuação nas deficiências identificadas. Para tal, são criados o *National Service Frameworks* – com a intenção de induzir práticas baseadas em evidências científicas que sejam custo efetivas - e o *National Institute for Clinical Excellence* – responsável pelo estabelecimento de Diretrizes Clínicas a serem adotadas nacionalmente.

Estas mudanças são acompanhadas pela redefinição da atuação de *Health Authorities* – figuras da Gestão do NHS – que, em sua nova modelagem, estão responsáveis pela modelagem das redes locais com papel de liderança estratégica. A estas figuras de gestão são atribuídas as funções de:

- Avaliar necessidades de saúde articulando as demandas em saúde com o conhecimento de outras instituições, como serviços de assistência social;
- Desenvolver, em conjunto com os serviços de saúde, o *Health Improvement Programm*, adequado às necessidades de cada localidade;
- Decidir sobre metas e padrões de qualidade e eficiência a serem adotados e assegurar sua aplicação aos serviços de saúde;

- Dar suporte logístico e financeiro ao desenvolvimento dos *Primary Care Groups (PCG)*;
- Executar a prestação de contas dos PCG;
- Desenvolver e monitorar ações de Saúde Pública associadas às situações de Vigilância epidemiológica e controle de doenças infectocontagiosas;
- Liderar e monitorar a execução de *Health Improvement Programs*.

Os Planos de Melhoria, assim chamados, *Health Improvement Programs*, são ações de planejamento locais, em que pesem as demandas locais e fragilidades e potencialidades de cada localidade, que devem organizar o desenvolvimento local do NHS no sentido de garantir qualidade e eficiência, respondendo positivamente às necessidades de saúde de uma determinada localidade.

Estes programas devem contemplar ações a serem pactuadas para execução em 3 anos e reavaliação destas anualmente, englobando as necessidades em saúde e demandas apresentadas pela população e determinando o intervalo temporal, a localização e o investimento financeiro alocado em serviços de saúde na dada localidade, para responder às necessidades/demandas identificadas.

Estes planos de melhoria devem conter ações planejadas para afirmar localmente a nova política proposta para o NHS. São previstas como necessárias ações em:

- Desenvolvimento de ações em educação continuada para os profissionais de saúde – *Local Education Consortia*;
- Responsabilização dos serviços de saúde pelo planejamento pactuado;
- Fixação de padrões e metas locais para serviços e tratamentos em saúde;
- Pactuação de prestação de contas;
- Ações de reconstrução da credibilidade do NHS junto à população.

Para execução desta política, os antigos formatos institucionais de Atenção Básica – *GP Fundholders, Local Commissioning GP's, Total Purchasing Projects*, devem ser reorganizados no formato de *Primary Care Groups*, organizações de serviços de Atenção Básica, que incluam os *GP's*, os serviços de enfermagem e de assistência social locais e que respondam gerencialmente às *Health Authorities*.

Com o papel de assumir a responsabilidade gerencial local do NHS e com a centralização de acordos e contratos eficientes para a gestão e prestação de serviços de saúde e execução dos serviços de determinada localidade, devem ser estabelecidos Acordos de Prestação de Contas anuais às *Health Authorities*.

Os PCG's devem estar articulados aos outros serviços de saúde para cada localidade, como hospitais, farmácias, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência nos NHS Trusts – Organizações Públicas provedoras de Serviços de Saúde.

A relação entre as instituições constituintes dos NHS deve ser mediada pela aqui chamada *Clinical Governance* – um conjunto de ações focadas no incremento de qualidade das ações.

Este conjunto de ações para qualidade deve garantir:

- Processos de melhoria da qualidade, como Auditorias Clínicas, articulados com o programa de melhoria da qualidade como um todo;
- Habilidade de Liderança Clínica estimulada e desenvolvida nas equipes clínicas;
- Uso de informações e práticas baseadas em evidências clínicas, no cotidiano das decisões, em conjunto com a disponibilidade de infraestrutura que dê suporte a isto;
- Desenvolvimento de boas práticas, inovações e ideias que aprimorem o cuidado em saúde, e a divulgação destas iniciativas dentro e fora das organizações;

- Adoção de gerenciamento de risco nas decisões clínicas adotadas;
- Identificação de falhas e eventos adversos como casos sentinela a serem investigados;
- Aprimoramento da prática clínica a partir das falhas identificadas e identificação da má *performance* clínica em estágios iniciais, a fim de evitar danos aos pacientes;
- Estruturação e oferta dos programas de desenvolvimento profissional segundo os princípios da gestão Clínica;
- Alto padrão de monitoramento de dados clínicos para avaliação e aprimoramento das ações.

O governo do Reino Unido adota esta política de indução da "cultura" da qualidade no Serviço de Saúde, expandindo as ações de melhoria da qualidade, fiscalização e possibilidades de intervenção. Em documento, refere-se a esta mudança de paradigma assim:

Every part of the NHS, and everyone who works in it, must take responsibility for improving quality. This must be quality in its broadest sense: doing the right things, at the right time, for the right people, and doing them right – first time. And it must be the quality of the patient experience as well as the clinical result – quality measured in terms of prompt access, good relationships and efficient administration (DEPARTMENT OF HEALTH, 1997, p. 5)⁶.

A mudança proposta estabeleceu-se através da ação em três áreas estratégicas: a criação de padrões e protocolos nacionais; a gestão clínica (Clinical Governance) e o monitoramento através da Comissão de Melhoria em Saúde (Commission for Health Improvement), criada nesta ocasião (PALMER, 2002).

⁶ Tradução livre: Em toda parte do sistema nacional de saúde e todos que trabalham neste devem ter responsabilidade em melhorar a qualidade. Esta deve ser considerada no mais amplo sentido: fazer coisas certas, no tempo certo, para as pessoas certas, e fazê-las corretamente – na primeira vez. E deve ser a qualidade da experiência do paciente, bem como do resultado clínico – qualidade medida em termos de acesso imediato, bons relacionamentos e administração eficiente.

A proposta de Gestão Clínica neste contexto foi definida como

a estrutura através da qual as organizações do NHS são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e salvaguardar elevados padrões de cuidado através da criação de um ambiente em que a excelência clínica possa florescer (DEP. OF HEALTH, 1998, p. 8).

A Gestão Clínica seria executada através da composição de um quadro de ações e iniciativas relacionadas à melhoria da qualidade em todo o NHS, incluindo auditorias clínicas, adoção de práticas baseadas em evidências clínicas, gerenciamento de risco, desenvolvimento técnico e profissional contínuos, adoção de protocolos clínicos, planejamento de trabalho e pesquisa.

Compreendida como uma estratégia política contextualizada num determinado período do NHS, outras definições e considerações surgem posteriormente, em publicações acadêmicas que serão abordadas ao fim deste capítulo, para relacionarmos com a proposição do *Projeto Territórios - Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das DCNT: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar* descrito a seguir.

Projeto Territórios – A Experiência Brasileira⁷

O Governo Federal, através da criação de convênios com entidades beneficentes na área da saúde, fomentou o desenvolvimento de projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS como forma de prestação de serviços em saúde de acordo

⁷ Este subitem consiste na descrição do documento que apresenta o Projeto Territórios. A construção deste tem base na observação e sistematização do documento oficial. BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Territórios – Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*. Brasília, 2010.

com da Medida Provisória, nº 446, de 07 de novembro de 2008 (BRASIL, 2008a), para a certificação de entidades beneficentes e assistência social e regulamentada pela Portaria 2.737/GM, de 17 de Novembro de 2008 (BRASIL, 2008b), que estabeleceu regras e critérios para monitoramento, avaliação e prestação de contas dos chamados Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS.

O Projeto Territórios, exemplo de um desses convênios, teve orçamento previsto de 6 milhões de Reais, para um período de formulação e execução de 3 anos, iniciados em janeiro de 2009, foi estabelecido em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira do Hospital Albert Einstein, através do programa Hospitais de Excelência a serviço do SUS, com caráter de prestação de serviços de apoio ao desenvolvimento do SUS por entidade beneficente (BRASIL, 2010).

Em traços gerais, o plano de execução deste orçamento:

Com um orçamento de 6 milhões para um período de formulação e execução de 3 anos, iniciados em Janeiro de 2009, o Projeto investirá no desenvolvimento profissional contínuo em serviço e no apoio permanente na qualificação das praticas de gestão clinica. Está prevista a utilização de recursos de aprendizado a distancia e fórum eletrônico definindo, no seu conjunto, um processo de transferência de tecnologias disponíveis para a atenção integral às populações vulneráveis e portadoras de DCNT. O monitoramento das ações e desempenho dos agentes envolvidos através de indicadores de processos e de resultados contribuirá para a elaboração do documento final, que apontará estratégias de fomento da qualidade e melhoria da efetividade na produção de saúde neste campo (*idem*, p. 4).

A equipe responsável pela implementação do Projeto foi composta pelo Ministério da Saúde, especificamente pela Diretoria de Articulação em Redes Assistenciais (DARA), do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Departamento de Atenção Especializada (DAE) e do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASS); da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira do Hospital Israelita Albert Einstein, de representante da Organização Mundial de Saúde e de representantes das Secretarias estaduais de Saúde de SP, BA e MG e representantes dos municípios de Campinas/SP, Juazeiro/BA e Belo Horizonte/MG e da Fundação Estatal de Saúde da Família, também responsável pela gestão da Atenção Básica no Estado da Bahia.

A incorporação dos municípios de Campinas – SP, Belo Horizonte – MG e Juazeiro – BA, para desenvolvimento deste Projeto foi feita tendo em vista a implantação de serviços de Atenção Básica; a existência, nestes municípios, de iniciativas anteriores de estruturação da atenção especializada; capacidade de gestão sistêmica e de formulação e implementação de inovações nos processos de produção de saúde.

O Projeto trouxe a proposição de ações de fortalecimento da Atenção Básica intencionando a ampliação da resolubilidade dos serviços oferecidos na AB e o fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado nas situações de DCNT, potencializando a organização de linhas de cuidado em redes de saúde a partir deste nível de atenção à saúde.

O planejamento de ações para execução nos distritos de saúde nos municípios envolvidos, englobava três eixos de atuação:

1. Aquisição de competências pelos profissionais de saúde envolvidos;
2. Maior efetividade no trabalho em equipe interdisciplinar, incluindo aspectos da organização dos processos de trabalho;
3. Integração e uso racional dos recursos da atenção especializada ambulatorial e hospitalar na rede de atenção do território ou distrito sanitário.

A apresentação do Projeto na cidade de Campinas - SP aconteceu em outubro de 2009, para trabalhadores da rede Municipal de Saúde, médicos e enfermeiros, que estariam vinculados ao Projeto como coordenadores e facilitadores do mesmo. A apresentação trouxe, como contribuição teórica, os conceitos de Gestão Clínica que deveriam balizar o desenrolar das atividades a serem executadas na rede de Saúde Municipal.

As atividades de Gestão Clínica propostas deveriam acontecer a partir do mapeamento e análise de risco e vulnerabilidade, para identificar pacientes e populações com necessidades de saúde específicas e prioritárias na área de

responsabilização sanitária de cada Distrito/Centro de Saúde participante, gerando registros norteadores para a constituição de linhas de cuidado específicas.

Para que as equipes de saúde pudessem adquirir e compartilhar conhecimentos e habilidades relacionados às demandas de saúde apresentadas pela população de seus territórios, sessões de atendimento compartilhado interdisciplinar ocorreram nos serviços de saúde envolvidos, seguidas de reuniões clínicas interdisciplinares, possibilitando a elaboração de planos de ação e projetos terapêuticos singulares para pacientes individuais e populações específicas com DCNT ou em risco, foco central do Projeto.

No quadro abaixo estão sumariamente descritos as linhas de ação centrais da proposta e os objetivos e metas correspondentes:

QUADRO 2: Linhas de ação, objetivos e metas do Projeto Territórios

Linhas de Ação	Objetivos Específicos	Metas
Formação	Desenvolver processos de formação para a incorporação de Gestão Clínica pela AB Desenvolver ações para o fortalecimento da Educação Permanente como estratégia para a qualificação dos profissionais da AB	Capacitação de CT, FGC e profissionais da Assistência em Gestão Clínica Avaliações positivas das ações de qualificação: e-learning; treinamentos e atendimentos Compartilhados
Assistencial	Incorporar as ferramentas de Gestão Clínica na rotina das equipes	100% das equipes com o registro de prevalência de ICC, HAS e DM nos territórios 80% dos cadastros desta subpopulação com classificação de risco

		<p>Diminuição de encaminhamentos inadequados para o Atendimento Especializado, a partir de critérios estabelecidos pelas Diretrizes Clínicas de cada uma das doenças prioritizadas</p> <p>80% dos casos complexos identificados e gerenciados</p> <p>Diminuição da procura de atendimentos de urgência e emergência e internações hospitalares por pacientes com ICC, HAS e DM.</p> <p>Evidências de melhoria do cuidado para no mínimo 50% da população adscrita a partir de critérios clínicos como bom controle pressórico e bom controle dos níveis de Hemoglobina Glicada.</p> <p>Participação de, no mínimo, 50% da população classificada com baixo risco em ações de promoção de saúde.</p>
Gestão	Implementar mecanismos de integração entre a Atenção Básica e a Atenção especializada a partir da construção de Linhas de	Responsabilidades de Referência e Contra Referência com fluxos definidos; regulados e pactuados entre os diferentes

	Cuidado com ênfase em DCNT	níveis de atenção para casos de ICC, HAS e DM Protocolos gerenciados para assistência em situações de ICC, AVC e IAM Apoio Matricial desenvolvido e implementado para as Linhas de Cuidado priorizadas – ICC, HAS e DM
--	----------------------------	--

Em cada plano de ação as lacunas de conhecimentos e habilidades deveriam ser identificadas e, a partir delas, deveria ser criada a possibilidade de revisar processos de trabalho e estruturar planos de apoio ao melhor desempenho das equipes de saúde.

Como resultado desta experiência, objetivou-se a indução de cultura e comportamentos de responsabilização individual e coletiva, dos profissionais, da equipe e dos gestores da rede com a qualidade e efetividade do cuidado, resultando na implantação efetiva das linhas de cuidado integrais, compostas por ações de enfrentamento às DCNT que incluam a promoção de saúde, prevenção das doenças, de suas complicações, assistência nas situações de doença já estabelecida, reabilitação e cuidados até o final da vida das pessoas, nos territórios abordados pelo projeto.

A possibilidade de incorporar as ferramentas centrais da Gestão Clínica neste Projeto intencionou melhorar a qualidade e aumentar a responsabilização, assimilando experiências muito difundidas na Europa e especificamente no Sistema de Saúde Britânico, através do uso de ferramentas da Gestão Clínica para compreender e intervir no trabalho em saúde na Atenção Básica, permitir identificar falhas, corrigir e desenvolver as potencialidades.

Compuseram o conjunto de ferramentas centrais para esta finalidade:

- **Capacitação e educação permanentes:** ferramentas centrais para o

aprimoramento da capacidade técnica dos profissionais e equipes de saúde.

- **Auditoria clínica:** promoção de um processo cíclico de avaliação contínua e formativa, através do monitoramento do desempenho. A observação de indicadores e medidas com a intenção de impulsionar ciclos de avaliação e incrementos na qualidade com a possibilidade de planejamento de metas a serem alcançadas entre equipes e gestores e pactuação de prazos para alcance destas.
- **Efetividade clínica:** compreendida como a responsabilidade por promover ações em que o trabalho seja desenvolvido com eficácia, eficiência e segurança, levando-se em consideração não apenas os resultados, mas os riscos, custos, expectativas e processos.
- **Gerenciamento de Risco:** esta ferramenta contém um conjunto de intervenções para a “cultura de segurança”, onde os erros devem ser minimizados e monitorados, a fim de que eventos negativos sirvam como casos sentinela e se promova, a partir deles, revisão e correção dos processos de trabalho e procedimentos falhos.
- **Pesquisa e Desenvolvimento:** o conhecimento produzido a partir de pesquisas clínicas, cujos resultados demonstrem evidentes benefícios à prática usado como parâmetro para o manejo clínico e para a tomada de decisões. O entendimento e a construção de uma linguagem sobre a validade das informações, a força das evidências, o impacto de uma intervenção e sua aplicabilidade gerariam uma postura crítica e ativa nos profissionais.
- **Transparência:** possibilidade de abrir as portas dos serviços de saúde e perceber, através do cotidiano do trabalho, como é oferecido o cuidado em cada situação clínica, permitindo o controle e a correção de más práticas e aumentando a segurança e a qualidade do cuidado.

A proposição de uso destas ferramentas apresentou-se no texto do *Projeto Territórios* (BRASIL, 2010) juntamente com a contextualização de que, embora nascida

num contexto gerencial, inclui interesses diretamente vinculados aos profissionais ligados à prática clínica:

A origem na gestão corporativa poderia sugerir, erroneamente, que a gestão clínica seja de competência exclusiva de gestores e administradores, abrangendo apenas a definição de políticas, a regulação ao acesso a procedimentos e o gerenciamento de recursos nos sistemas de saúde - preocupações opostas àquelas de profissionais clínicos que atuam diretamente no cuidado de pacientes e de gestores de sistemas nacionais e universais de atenção à saúde, notadamente dos países europeus. Nestes países, os sistemas nacionais de saúde vêm se consolidando através de esforços para a garantia de qualidade e sustentabilidade. Há de se destacar iniciativas para evitar a super utilização de serviços desnecessários e a subutilização de serviços necessários, o fomento da excelência técnica baseada nas melhores evidências científicas, a qualidade da relação dos profissionais com os usuários e a adequada organização e distribuição dos recursos. Além disto, outras lições dos sistemas de saúde com forte cuidado primário podem ser enumeradas: diretrizes de garantia de acesso com qualidade aos cidadãos a partir de suas necessidades, independente de sua idade, gênero ou cultura; estabelecimento de padrões de qualidade com participação e protagonismo dos profissionais que trabalham no sistema; descentralização da gestão baseada na autonomia e responsabilidade dos profissionais de saúde; trabalho integrado e colaborativo entre a atenção primária e a especializada e envolvimento dos usuários e comunidade nos processos de produção de Saúde (*idem*, p. 13).

Dentro do contexto proposto, as ferramentas da Gestão Clínica estão disponibilizadas como os elementos chave para possibilitar a participação ativa e a responsabilização de cada um entre todos os envolvidos nos processos de melhoria da qualidade do cuidado, significando mudança no comportamento individual de todos os envolvidos. Na formulação do Projeto, esta atribuição não se sustenta em autoridade delegada, mas na capacidade de motivação e convencimento na adoção de um valor comum: o benefício do paciente, avaliado objetivamente por processos e resultados do cuidado.

Em conjunto com esta perspectiva de mudança de comportamento individual em relação à produção de saúde, a proposição do Projeto Territórios demarcou que a Gestão Clínica não aconteceria a partir de estratégia central e administrativa.

Espelhado em experiências bem sucedidas que se sustentaram em uma liderança clínica facilitadora e em processos sistêmicos de apoio à qualificação da produção da saúde, com metodologia apropriada, o Projeto propôs a intermediação de profissionais identificados pela gestão local, no papel de Facilitadores da Gestão Clínica (FGC), encarregados de aproximar os conceitos de Gestão Clínica do trabalho cotidiano nas Unidades Básicas de Saúde envolvidas.

Juntamente com os profissionais Facilitadores, o Projeto previu a participação ativa de todos, do usuário ao gestor, com a responsabilização individual como elemento central da promoção da qualidade.

No entanto, as atribuições podem ser resumidas tendo por base os objetivos principais do Projeto. Assim, os Facilitadores da Gestão Clínica (FGC), juntamente com Coordenadores de Território-Distrito Médicos (CT-m) ocuparam-se, prioritariamente, das lacunas de competência clínica dos profissionais médicos. Para os demais profissionais da equipe, esta atribuição coube aos Coordenadores de Território-Distrito Enfermeiros (CT-e), a quem também foram atribuídas ações para o trabalho em equipe interdisciplinar. As dificuldades de interlocução na utilização racional e articulada dos recursos da rede de atenção à saúde do distrito, do município e da região fizeram parte das atividades dos CT-m, CT-e e Interlocutores de Gestão Regional (IGR), figuras identificadas na gestão municipal que farão a articulação com a gestão nacional do Projeto.

Transcrevendo as atribuições designadas e o perfil desejado para cada elemento envolvido neste processo, temos-as assim descritas:

QUADRO 3: Perfis e atribuições dos Participantes no Projeto Territórios. (Fonte: Brasil, 2010)

Participantes e perfis	Atribuições
Pacientes, familiares, associações de pacientes e usuários cadastrados, em geral.	<ul style="list-style-type: none"> • Pactuação de planos terapêuticos individuais com ênfase no entendimento e na participação dos pacientes. • Participação em grupos de pacientes, com foco no autocuidado e na proposição de soluções comunitárias para problemas comuns.

Profissionais das ESF, integrantes do quadro de servidores do município, em geral.

- Participação em pesquisas de satisfação.
- Utilização de reclamações e sugestões como estratégia de gerenciamento de risco e de doença, com feedback frequente.
- Atendimento compartilhado das DCNT, com frequência mínima de uma vez por semana.
- Atividades de desenvolvimento profissional contínuo utilizando ferramentas de aprendizado a distância.
- Reuniões regulares para discussão de casos e utilização efetiva do conhecimento e das ferramentas de gerenciamento de doença, de casos e de risco, a partir do dia de atendimento que concentre as DCNT.
- Interação positiva com os facilitadores, coordenadores e gestor local.

Médicos “Facilitadores da Gestão Clínica” (FGC)

Experiência em Clínica Médica ou Medicina de Família e Comunidade

Habilidades de liderança

Experiência em treinamento profissional supervisionado

Servidores municipais efetivos

- Participação ativa na fase de preparação do projeto, em parceria com os coordenadores de território-distrito, médico e enfermeiro (CT-m e CT-e) e a coordenação geral do Projeto.
 - Participação ativa em atendimento compartilhado de DCNT juntamente com as ESF do Centro de Saúde.
 - Acompanhamento e apoio permanente às ESF dos Centros de Saúde de sua responsabilidade, com foco especial no desenvolvimento profissional contínuo dos seus integrantes.
 - Facilitar reuniões clínicas, com sessões didáticas baseadas em problemas, a partir das sessões de atendimento compartilhado.
 - Estimular e facilitar o comportamento proativo no desenvolvimento profissional contínuo individual e do grupo.
-

<p>Coordenadores de territórios Medico (CT-m)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular e facilitar a pactuação e monitoramento de implementação de protocolos clínicos conjuntos de APS e AE. • Estimular e facilitar as atividades de gerenciamento de casos, de doenças e de risco. • Compartilhar e integrar experiências dos Centros de Saúde de sua responsabilidade, entendidos como a sua Área de Gestão Clínica (AGC), de modo a facilitar processos, não duplicar trabalhos e contribuir com a interlocução na rede assistencial. • Responsabilizar-se pelo registro de dados provenientes do desenvolvimento do projeto na sua AGC e por transmiti-los aos CT-m e CT-e. • Participar de reuniões semanais regulares com o CT, para acompanhamento e encaminhamento de todas as ações de gestão clínica no território. • Participação no desenvolvimento do conteúdo do Projeto, juntamente com o Grupo de Trabalho da Coordenação Geral (GTC).
<p>Experiência em Clínica Medica ou Medicina de Família e Comunidade Habilidades de liderança</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação no desenvolvimento do marco teórico, documento final do Projeto. • Acompanhamento e apoio permanente aos “Facilitadores da Gestão Clínica” do seu território - distrito, através de reuniões semanais e contatos frequentes na comunidade virtual.
<p>Experiência em treinamento profissional supervisionado Desejo de participar na co-autoria do projeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e facilitar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e capacitação em exercício no seu território-distrito, a partir de demandas identificadas nas clínicas de atendimento compartilhado, integrando assistência e educação permanente. • Acompanhar e facilitar a aplicação do

**Coordenador de Território –
Enfermeiro (CT-e)**

**Experiência no cuidado ambulatorial
de doenças crônicas**

**Habilidades de liderança Experiência
em treinamento profissional
supervisionado**

gerenciamento de casos, de doença e de riscos pelos FGC do seu território-distrito.

- Responsabilizar-se pelo registro de dados provenientes do desenvolvimento do Projeto no seu território distrito e transmiti-los aos Interlocutores de Gestão de Redes (IGR) e ao GTC.
 - Participação ativa nos encaminhamentos dos problemas comuns do seu território-distrito, juntamente com o IGR.
 - Promover e facilitar atividades de interação dos Centros de Saúde com a Atenção Complementar, com foco na continuidade do cuidado, como a utilização de sumários de alta, relatórios de contra referência, e segunda opinião formativa a distância, dentre outras.
 - Participação no desenvolvimento do conteúdo do Projeto, juntamente com o Grupo de Trabalho da Coordenação Geral (GTC).
 - Participação no desenvolvimento do marco teórico, documento final do Projeto.
 - Responsabilizar-se pelas ações destinadas a promover a atuação efetiva das equipes interdisciplinares nos Centros de Saúde.
 - Acompanhamento e apoio permanente à implementação de protocolos interdisciplinares.
 - Promoção de atividades de desenvolvimento profissional contínuo e capacitação em exercício no território, integrando assistência e educação permanente para as equipes interdisciplinares.
 - Desenvolvimento de modelos singulares de aplicação das ferramentas da Gestão Clínica nos territórios com envolvimento das equipes interdisciplinares.
-

Interlocutores de gestão de regional (IGR):

Integrantes do quadro administrativo da Secretaria Municipal de Saúde

- Responsabilizar-se pela comunicação eficiente e resolutiva entre Coordenadores de Territórios, Facilitadores da Gestão Clínica e gestores locais do território-distrito, nos assuntos referentes ao Projeto e à rede de atenção às doenças crônicas.
 - Responsabilizar-se pela comunicação eficiente e resolutiva entre os gestores locais do território-distrito e os gestores municipais, nos assuntos referentes ao Projeto e à rede de atenção às doenças crônicas.
 - Participar ativamente das ações destinadas a oferecer subsídios indutores da reestruturação da Atenção Complementar no território - distrito e no município.
 - Participar do grupo locorregional de condução do Projeto.
-

A Figura 2 ilustra a relação de proporcionalidade esperada entre Facilitadores de Gestão Clínica e equipes de Atenção Básica, Centros de Saúde, e Coordenadores de Território médicos e enfermeiros. Considerado como uma orientação para a organização do trabalho dos FGC o esquema evidencia a essência da proposta centrada na relação de base territorial em escala suficiente para aprofundar e partilhar as experiências das clínicas-ambulatório de doenças crônicas e contribuir para a utilização racional dos recursos disponíveis no território-distrito e no município e região.

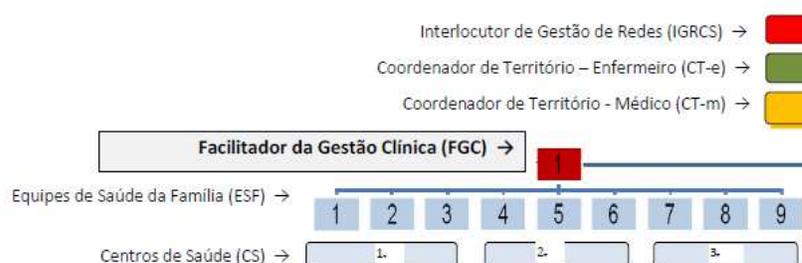


Figura 2 - Organização da Equipe do Projeto Territórios. Fonte: Brasil, 2010

Para os FGC, o desenvolvimento de habilidades de liderança, trabalho em equipe e acesso a informações foi promovido através de capacitações, ensino a distância e encontros nos Distritos de Saúde. Esperou-se de sua atuação:

[...] unir o conhecimento e a ação, diretrizes baseadas em evidências serão utilizadas para guiar a pactuação e o gerenciamento de protocolos locais e a utilização de ferramentas da gestão clínica: gerenciamento de doenças; o gerenciamento de risco, incluindo o aprendizado proativo com eventos significativos e participativos (auditoria clínica interdisciplinar) que promoverão consistência e continuidade aos ganhos de qualidade em situações que ameaçam a segurança do paciente; o gerenciamento de casos complexos; a utilização de dispositivos de integração da Atenção Primária com a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e a formulação de processos avaliativos (BRASIL, 2010, p. 4).

O contato entre os FGC e as equipes de saúde foi dimensionado a fim de possibilitar encontros clínicos regulares, semanais, para permitir o desenvolvimento continuado de ações dentro da perspectiva de ampliar a capacidade resolutiva da Atenção Básica no cuidado às DCNT.

A constituição de Linhas de Cuidado através da articulação entre os serviços de Atenção Especializada e hospitalar, os serviços de suporte diagnóstico e terapêutico, as redes de urgência e emergência, assim como a possibilidade de organização intersetorial de ações de assistência social, foram propostas como estratégia para a superação dos modelos fragmentados em redes articuladas e integrais de cuidado em saúde.

Para a efetivação destas Linhas de Cuidado no mesmo documento propositor do Projeto Territórios estava contida a proposta de criação de uma estratégia de articulação das redes em saúde no SUS, chamada “*A estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção do SUS*”, a partir dos pressupostos de fortalecimento da estratégia de Saúde da Família como eixo articulador e mobilizador da implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, condução de implementação da estratégia de organização dos territórios pelos colegiados de Gestão

Regional e a organização de apoio à implantação com ações organizadas em três eixos centrais, quais sejam:

1. Ampliação e Integração da Produção de Saúde nas Regiões – Eixo em que propõe ações junto à oferta de serviços de saúde;
2. Desenvolvimento do suporte logístico Regionalmente – Conjunto de ações de desenvolvimento logístico da implantação das Redes de Saúde;
3. Fortalecimento da Governança Regional – Cria a possibilidade de se construir uma alternativa à municipalização como forma de governo para as ações em saúde, integrando as redes locorregionais à possibilidade de governo também regional.

A proposição da reestruturação do modelo de organizacional de serviços de saúde a partir da estratégia de implementação de redes regionais de saúde, o **TEIAS**, criou um contexto para o qual o *Projeto Territórios* (BRASIL, 2010) apresentou-se como proposta vinculada à estratégia de TEIAS, contribuindo notadamente no eixo 1.

Juntamente com este Projeto, os Territórios Integrados de Atenção à Saúde intencionavam ampliar a noção de Regiões de Saúde⁸, através de planejamento de base regional, para orientar a ampliação e integração da produção de saúde em TEIAS, através da expansão da APS e das políticas estruturantes do SUS, com destaque para a operacionalização da Vigilância e da Promoção da Saúde nos territórios.

Para a constituição dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde, defendeu-se a integração da produção de Saúde a partir do uso de dispositivos como:

⁸ Regiões de Saúde constituem recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-las é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, idealmente com suficiência na atenção secundária e nas ações de vigilância em saúde, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado. Podem ser: intramunicipais, intermunicipais, interestaduais e fronteiriças. As RSs têm como arranjo de governança o Colegiado de Gestão Regional. As Macrorregiões de Saúde agregam mais de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizarem entre si ações e serviços da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar terciária e de vigilância em saúde neste âmbito (BRASIL, 2006b).

- **Diretrizes de Atenção** – Construção de documentos que orientassem as decisões clínicas, elaborados para as situações de saúde mais prevalentes, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Desdobram-se em Guias de Prática Clínica e Protocolos Assistenciais.
- **Linhas de Cuidado** – Orientadas pelas Diretrizes de Atenção deveriam proporcionar a oferta de serviços e práticas de Saúde de forma coordenada, ao longo do contínuo assistencial.
- **Gestão de Casos** – Elaboração de planos para casos mais graves e complexos, de forma a otimizar os fluxos e resultados do cuidado.
- **Apoio Especializado Matricial** - para as equipes de Atenção Básica, permitindo a troca de conhecimento e estabelecimento de relação interpessoal entre os profissionais das Atenções Especializada e Básica.
- **Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde** – Estabelecidos com a missão de analisar as situações de saúde de um território, os NRVS deveriam ser responsáveis pela análise da situação de saúde; apoio às equipes locais e regionais no planejamento e desenvolvimento de ações de Atenção, Vigilância e Promoção da Saúde; fomento à implantação das Diretrizes da Atenção, Linhas de Cuidado, Protocolos e Gestão de Casos, em TEIAS, com critérios de gerenciamento do risco; definição de indicadores para o monitoramento de resultados, na verificação de aderência das ESF e equipes de saúde em geral aos padrões de atendimento pactuados; monitoramento de internações e óbitos evitáveis, com foco em eventos sentinelas e traçadores; proposição de estratégias complementares a serem executadas pelas ESF, otimizando o funcionamento das redes.
- **Comissão Regional de Articulação Intersetorial** – Composição para estruturar os planos intersetoriais, com a macrofunção de articular políticas sociais e reduzir vulnerabilidades sociais e riscos ambientais nos territórios.
- Outros mecanismos de gestão que auxiliem na organização dos serviços e fluxos, tais como gestão de filas de espera, sistemas de informação com

prontuários unificados, educação permanente, telessaúde e centrais de regulação, dentre outros.

Avaliação das experiências

Em artigo relevante, Buetow e Roland (1999) descrevem a Gestão Clínica como uma estratégia para melhoria da qualidade da assistência para o NHS, no Reino Unido, como parte de um projeto de remodelamento assistencial, com foco em melhorar a qualidade e efetividade das ações em saúde, em comparação a métodos anteriores de desenvolvimento e avaliação da qualidade em saúde (quais sejam *quality assessment, quality assurance, clinical audit, and quality improvement*). E afirmam que, muito embora nenhum deles seja completo e todos possuam aplicabilidade para o que propõem, a gestão clínica pode ser vista como o desafio de aproximar as funções de gestão e controle de qualidade, bem como a possibilidade de redesenhar estratégias de ação, à prática clínica.

O sucesso neste desafio poderia revelar um novo modelo de “profissionalismo em saúde” que, em lugar da competição, daria destaque à colaboração entre os trabalhadores, no sentido de aumentar a qualidade da assistência em saúde. No entanto, a falha poderia dar lugar à, cada vez, mais intensa ação gerencial externa no controle de qualidade (*idem*).

Cabe dar destaque ao fato de que os trabalhadores em questão (médicos do Reino Unido) são postos diante do desafio de reestruturar seu trabalho cotidiano e estabelecerem relações e compartilhamento de informações e resultados de seu trabalho de forma não usual, o que gera a manifestação de sobrecarga de trabalho por estes trabalhadores, na descrição dos autores (*idem, ibidem*).

Para Tait (2004), a Gestão Clínica modifica o processo de trabalho em três níveis: o trabalho individual, a necessidade em se estabelecer um caráter multidisciplinar da equipe de atenção básica, e o estabelecimento de sistemas e

arranjos que deem suporte às equipes, por parte da gestão (*primary care organizations*).

Para este autor, embora a gestão clínica seja um conceito de difícil tradução dentro do espaço de melhoria da qualidade do cuidado em saúde, é um exemplo de desenvolvimento de qualidade coordenado com os trabalhadores em saúde. Isto porque intenta mudar o modo como as pessoas trabalham, colocando em destaque liderança, trabalho em equipe e comunicação, como peças centrais para a efetividade das ações em saúde. Tait grifa a importância da destinação de tempo e recursos para estas ações e é taxativo ao afirmar que se a alta qualidade é a norma, a cultura e o ambiente da gestão do trabalho devem ser modelados para dar suporte a estas mudanças (*idem*).

A crítica à gestão clínica surge descrevendo-a como uma política do “dever de qualidade” para o modelo assistencial no NHS, em que as abordagens de organização, de gestão e clínicas devem ser voltadas para a melhoria da qualidade do cuidado.

Muito embora o estímulo à mudança tenha sido centrado em ações pedagógicas, na proposição inicial da política, a alocação de recursos e melhorias estruturais destinados ao desenvolvimento desta política foram deslocados para incentivos financeiros e contratuais. Avaliando os resultados desta mudança de paradigma para fomento de qualidade no NHS, Roland, Campbell e Wilkin (2001) afirmam que embora as mudanças tenham sido induzidas em pouco tempo e em larga escala, ainda não se pode observar a melhoria na qualidade como efeito desta política.

Freeman e Walshe (2004) realizaram um estudo com a intenção de observar melhorias obtidas após a implementação da Gestão Clínica como política reorganizadora dos processos de trabalho através da percepção de trabalhadores envolvidos com vários níveis da gerência de serviços de saúde no NHS. Tal estudo demonstrou que, para os trabalhadores, a Gestão Clínica no Reino Unido foi implementada com foco na gestão de desempenho, em detrimento das questões relacionadas à melhoria da qualidade.

Os autores discutem o resultado desta pesquisa e concluem que, para a apropriação destes conceitos (associados à gestão clínica) e adoção de política semelhante à implantada no reino Unido, há que se ponderar que um determinado governo dirige o desenvolvimento e melhoria da qualidade de sistemas de saúde através da aplicação de políticas consistentes, resolutivas e coerentes.

Os resultados desta pesquisa são consistentes em demonstrar que a ênfase no controle externo àquilo que está intrinsecamente ligado ao processo interno de trabalho é pouco eficiente na melhoria de qualidade e a possibilidade de distorção da política tendendo para a aplicação de práticas de controle externo é considerável.

Avaliando especificamente como a Gestão Clínica pode ser aplicada à serviços de Atenção Básica, como proposto para aplicação no Brasil, Campbell e Sweneey (2002) trazem à luz dois pontos de vista em relação aos ganhos impressos pela mudanças de paradigma de gestão: se na avaliação de critérios gerenciais como aprimoramento do registro, fluxo e compartilhamento de informações e resultados, a Gestão Clínica inequivocamente trouxe ganhos para os serviços de Atenção Básica do NHS, da perspectiva dos trabalhadores a percepção de aumento de volume e a impressão de policiamento dos processos de trabalho traduzem uma avaliação negativa desta estratégia.

Este contraponto é muito relevante porque, na opinião dos autores, a implementação da Gestão Clínica entre os serviços de Atenção Básica acontece de forma menos intensa que o esperado, uma vez que os trabalhadores demonstram receio de que a gestão Clínica seja usada para monitorar más práticas, ao invés de fomentar qualidade. A agenda destas mudanças foi avaliada, por parte dos trabalhadores, como uma imposição para o policiamento de seus desempenhos. Para os referidos autores, é importante fomentar um sentimento de compromisso e credibilidade desta política como um processo que, ao longo de muitos anos, cresce com a possibilidade de acesso à informação, reflexão de desenvolvimento de boas práticas em saúde e alocação de recursos adequados às ações.

Para Sweeney *et al* (2002), os trabalhadores localizam dificuldades para esta implementação associadas ao aumento de volume e ritmo de trabalho (agregados com a incorporação de atividades de gestão e gerenciamento às atividades clínicas), na abertura e compartilhamento de informações e processos de aprendizagem associados à “cultura de culpabilização” e potencial punitivo por parte dos superiores hierárquicos, além de falta de recursos humanos e financeiros para uma boa execução deste novo modo de fazer clínica na atenção primária, proposto pela Gestão Clínica.

Na identificação de percalços para a implantação da Gestão Clínica, a impressão de aspectos negativos, por parte dos trabalhadores, engloba muitos e diversos aspectos de seu cotidiano de trabalho e fora dele, relacionados a vários aspectos. São alguns dos apontamentos feitos em relação aos impactos negativos desta política nos seus cotidianos de trabalho:

- Aumento da velocidade e quantidade de trabalho;
- Falta de financiamento e de direcionamentos adequados;
- Preocupação com identificação individual por falhas ou intercorrências clínicas negativas no manejo clínico;
- Pouco tempo disponível para absorver, entender, traduzir e replicar as mudanças;
- Degradação de qualidade de vida;
- Piora no convívio de trabalho (incluindo relações com equipe de trabalho e pacientes);
- Piora das relações familiares;
- Aumento da percepção de stress;
- Sensação de exposição e vulnerabilidade;
- Impressão de impotência e perda;

- Incerteza de continuidade destas modificações como política para o NHS;
- Dificuldade em visualizar ganhos de mais curto prazo;
- Impressão de que a Gestão Clínica perderá espaço para o controle externo. (*idem, ibidem*).

Numa investigação sobre a relação entre médicos e a Gestão Clínica no NHS, Som (2005) descreve o achado, em pesquisa de campo por entrevistas semiestruturadas, de que o pouco entusiasmo dos médicos em relação a esta questão se dá porque os mesmos têm a impressão de que a Gestão Clínica é uma imposição gerencial, feita sem a devida consulta aos trabalhadores.

O autor aponta as consequências práticas desta tensão para os gestores da NHS, evidenciando a necessidade de reconhecer, compreender e trabalhar as questões de poder e conflito desta relação entre médicos (resistindo a um novo modo de fazer e abrindo mão de seu “antigo” modo de fazer em saúde) e a Gestão Clínica (trazendo uma demanda gerencial que enquadre o modo de fazer dentro de um padrão desejado). Aponta, também, a necessidade de diálogo com os médicos, no sentido de tornar possível contar com o apoio destes nas mudanças propostas a partir da negociação de mudanças aceitáveis, minimizando as resistências. (*idem*)

A literatura estudada permite caracterizar a tensão existente entre os trabalhadores do sistema de saúde britânico e a proposição política de expandir o modelo de controle para um novo modelo onde a qualidade e a segurança são metas a serem alcançadas dentro de padrões pré-determinados e a monitoração e avaliação dos indicadores é feita de forma mais abrangente e mais distribuída entre os trabalhadores.

No Brasil, a implantação do Projeto Territórios é recente, de forma que não há, na literatura, referências tanto no que se refere aos resultados sanitários quanto no que se refere aos impactos de tal modelo junto aos trabalhadores de saúde responsáveis por executar a política.

Percebe-se uma grande semelhança entre a experiência britânica e a brasileira quando ambas falam da necessidade de reestruturação do modelo de atenção à saúde em sistemas nacionais de saúde que propõem cuidado integral, acesso universal e equidade no cuidado à saúde.

As proposições são estruturadas no remodelamento das redes de saúde, a partir da maior vinculação, compromisso e solidariedade entre serviços e profissionais de saúde, com pactuação de metas, compromissos, avaliação e monitoramento em grupos de gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde da rede, a partir da adoção de protocolos e linhas guias para a organização da oferta em saúde baseada em evidências científicas.

Contam ainda com viabilização de planos que incluam educação permanente em saúde, responsabilização e a possibilidade de dar visibilidade e credibilidade aos sistemas de saúde junto à comunidade a partir da instituição de uma cultura da qualidade e da segurança nos serviços de saúde.

São descritas ferramentas de Gestão Clínica idênticas, como Auditorias Clínicas, uso da Medicina baseada em evidências, gerenciamento de casos e de risco, Cuidados com a qualificação dos profissionais de saúde, elaboração e adoção de protocolos clínicos para as situações mais frequentes e relevantes, estratégias de planejamento e avaliação das ações em saúde e a aposta em desenvolvimento de pesquisa em saúde. Ambas as propostas resignificam o papel dos serviços de Atenção Básica como ordenadores das linhas de cuidado e coordenadores das ações em saúde.

No entanto, o que para o Sistema de Saúde Britânico é um remodelamento da política de saúde nacional, acompanhado de melhoria do financiamento e reestruturação do modelo de gerenciar os recursos da saúde, no Brasil apresentou-se como um Projeto temporalmente limitado, em caráter experimental, localizado em três cidades e financiado apenas em sua execução, sem que fosse acompanhado da elaboração de um novo modelo de gestão de recursos na saúde.

Para Bahia (2009) o modelo de financiamento, caracterizado pela prestação de serviços de caráter não assistencial por hospitais 'de ponta' em troca da manutenção da

configuração jurídica de entidade beneficente e a isenção fiscal associada a esta condição, pode ser considerado “o exemplo mais atual e conspícuo da produção de políticas de suporte ao privado” e “fornecem pistas sobre a intrincada regulação que move a reorganização do público e do privado na saúde”. (BAHIA, 2009, p. 757)

A autora produz interessante reflexão sobre o modelo de financiamento da saúde com crescente investimento em entidades privadas e a necessidade de repensar a organização do financiamento, gestão e processos de trabalho do SUS ampliando o caráter público deste sistema a partir da redefinição inclusive das prioridades de investimento.

Estes aspectos, políticos e orçamentários, diferenciam substancialmente a potência das alterações das realidades de saúde de cada local para construção de qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde.

Outra diferença muito significativa é a dimensão da articulação multiprofissional e intersetorial nas propostas: o que no Brasil parece ser uma cultura melhor estabelecida no SUS, para o NHS parece ser mais incipiente e demandar ainda mais investimento, em razão das diferenças históricas e culturais na instituição destes sistemas de saúde.

Ainda no Projeto Territórios, percebe-se a influência do Modelo de Clínica Ampliada e Compartilhada para qualificação da clínica na Atenção Básica, na proposição de Apoio Especializado Matricial e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, como ferramentas para o trabalho de produção de saúde nos Territórios.

Mesmo que em menor destaque que a Gestão Clínica, a proposição de elementos componentes da produção da Clínica Ampliada e Compartilhada faz incorporar, à proposta do Projeto Territórios, uma tecnologia de trabalho em saúde desenvolvida como proposta para o SUS, a partir de experiências nacionais de desenvolvimento do modelo assistencial.

Em que pese a necessidade de criar modelos de assistência à saúde mais sustentáveis, reduzindo-se gastos e aumentando a efetividade, mais democráticos e transparentes, mais seguros e humanizados, há uma percepção de que estas

mudanças não acontecerão sem a necessária participação dos trabalhadores em Saúde, sem a captação de seus pontos de vista e negociação dos pontos de tensão.

A partir dessa comparação, torna-se possível, por analogia, inferir que os efeitos do modelo de gestão clínica sobre os trabalhadores e sobre a efetividade da assistência no Brasil seriam da mesma forma semelhantes; no entanto, dadas as diferenças dimensionais na aplicação destas ferramentas, talvez possa ser feita uma aproximação de resultados na compreensão dos trabalhadores da saúde.

A busca desses efeitos e da percepção dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde que foram submetidos ao *Projeto Territórios*, de alguma forma suprindo essa lacuna de estudos sobre os impactos do Projeto na literatura, é parte central desta pesquisa, onde se espera que o grupo focal realizado junto a estes trabalhadores possa trazer elementos que permitam uma melhor compreensão deste aspecto e de como estes trabalhadores brasileiros, no concreto, se apropriam e aplicam os conceitos e ferramentas da Gestão Clínica.

CAPÍTULO 3 - As percepções dos trabalhadores sobre a experiência da ‘Gestão da Clínica’ em Campinas – SP

Sobre as atividades do Projeto Territórios em Campinas

Apresentado no final de 2009 para um conjunto de trabalhadores da Rede Municipal de Campinas, o Projeto Territórios trouxe o conjunto de ferramentas da Gestão Clínica para balizamento das ações a serem desenvolvidas e a proposta de formação de Coordenadores de Territórios e Facilitadores de Gestão Clínica para capilarização dos objetivos junto às equipes de Atenção Básica do Município.

Em Campinas, o Projeto recebeu nomeação diferente, sendo chamado de Projeto de Gestão do Cuidado em Rede mas, para a maior parte dos trabalhadores, passou a ser o “Projeto de Gestão da Clínica”.

Parte do grupo de trabalhadores envolvidos nesta pesquisa também está diretamente ligado ao grupo de profissionais envolvidos diretamente com o Projeto. Uma das trabalhadoras está na composição da equipe atual do Projeto e um médico freqüente, desde 2010, as Reuniões Clínicas organizadas no Distrito de Saúde.

Indiretamente, todos os participantes também estão ligados a este Projeto, uma vez que estiveram localmente envolvidos com as capacitações que foram realizadas e com as atividades de Atendimento Compartilhado e Auditorias Clínicas:

Alguns de nós participam diretamente do Projeto de Gestão Clínica ligado ao Distrito de Saúde Norte que promove reuniões mensais para capilarizar ações e interesses do projeto nas unidades outros não, mas lidam com Saúde do Adulto na unidade, no cotidiano do trabalho em momentos de atendimento programados ou na demanda espontânea dos usuários portadores de condições crônicas de adoecimento e no planejamento de ações realizadas para cuidado desta subpopulação estando assim de alguma forma ligados ao Projeto de Gestão da Clínica.

Para a execução do Projeto, foi proposta a formação de equipes compostas por um Coordenador de Território Médico e um Coordenador de Território Enfermeiro e um conjunto de seis Médicos Facilitadores de Gestão Clínica para cada Distrito de Saúde, como descrito anteriormente.

A composição ideal não foi atingida em nenhum dos Distritos de Saúde, ao longo de todo tempo de desenvolvimento das atividades. Na compreensão dos coordenadores locais do Projeto, em documento de avaliação do desenvolvimento das atividades ao final de 2010, isto ocorreu em razão da falta de profissionais médicos com o perfil adequado para serem FGC ou Coordenadores de Territórios; da resistência dos gerentes de unidades para liberar os poucos profissionais com perfis adequados, uma vez que os mesmos acumulam também a capacidade de atendimento às necessidades dos usuários; e da dificuldade na liberação de carga horária dos profissionais para dedicação ao Projeto, devido à deficiência de recursos humanos nas unidades.

A capacitação de Coordenadores de Territórios e Facilitadores de Gestão Clínica aconteceu, durante todo período de execução do Projeto, em reuniões semanais, realizadas no Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), coordenadas pela equipe deste serviço e com a participação frequente de pessoas externas ao município de Campinas, vinculadas ao Ministério da Saúde e que exerciam a função de direcionar as ações em desenvolvimento, fazendo a capacitação teórica ao grupo de coordenadores e facilitadores.

O material teórico selecionado para a capacitação foi composto de textos sobre o conceito Gestão Clínica e algumas experiências de sua aplicação, como no NHS; publicações sobre gerenciamento de doença e gerenciamento de caso; auditorias clínicas como ferramentas da Gestão Clínica; publicações sobre Modelos de Saúde adequados para o cuidado às doenças Crônicas e o fortalecimento da Atenção Básica.

Em texto preparado para apresentação em Oficina de Capacitação de Lideranças Clínicas, Farias e Guimarães (2012), coordenadores locais do Projeto e ligados ao CETS, fazem um balanço do Projeto Territórios onde destacam que, ao final do período oficial de execução, contabilizou-se a formação de 32 profissionais de saúde, entre

médicos e enfermeiros, como lideranças clínicas para desempenho das funções de Coordenadores de Território e Facilitadores de Gestão Clínica.

Também foram realizadas oficinas de pactuação das Linhas de Cuidado para Insuficiência Cardíaca Congestiva, Acidentes Vasculares Encefálicos e Infarto Agudo do Miocárdio, nas quais aproximadamente 117 equipes de Atenção Básica participaram destes espaços. A partir destas oficinas, deu-se a produção de um documento de diretrizes da Secretaria de Saúde para a atenção às doenças crônicas.

Estes espaços de pactuação, para além da construção de Linhas de Cuidado, aconteceram com o propósito de articular trabalhadores e gestores de diferentes serviços de saúde, constituindo uma possibilidade de melhorar os fluxos entre a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar; no entanto este objetivo mais relacional parece não ter sido atingido. Na opinião do grupo de trabalhadores:

Em relação ao que é externo ao centro de saúde, aos outros pontos da rede e à gestão municipal, nossa impressão é de que o Projeto não teve impacto algum que pudesse ser percebido por nós. Na nossa percepção, nossa relação com outros pontos da rede de saúde em nenhum dos sentidos foi alterada, nem daqui para lá nem de lá para cá.

O grupo apresenta esta contestação com a ponderação de que talvez tenha havido, a partir das oficinas, mudanças no processo de trabalho dos outros serviços de saúde, mas não perceptíveis na relação entre eles. Assim dizem:

Acreditamos ser possível que as oficinas que foram realizadas para fazer a pactuação entre os diferentes níveis de atenção e a construção dos protocolos (tanto o de DM que está publicado e o de HAS que está para sair) possam ter alterado alguma coisa na dinâmica dos outros serviços, mas no nosso trabalho cotidiano não se percebe nenhuma alteração.

Outra intenção destas oficinas e reuniões foi a produção de documentos para orientar as Linhas de Cuidado, bem como processos formativos para as equipes, nos temas das Linhas de Cuidado prioritizadas. Durante o período de execução do Projeto, foram elaborados os seguintes documentos:

- “Viver com Diabetes – cartilha de orientações”, dirigida aos usuários com Diabetes que são cuidados nas unidades de saúde;

- Protocolo de Atendimento Clínico em Diabetes Mellitus;
- Banco de dados com tutoriais para gerenciamento de Auditoria Clínica em Diabetes;
- Ficha Clínica para exame de Pé Diabético.

E sobre a elaboração do Protocolo de Atendimento Clínico em Diabetes Mellitus, os trabalhadores referem que:

Para o Projeto aqui em Campinas, conseguiu-se elaborar um Protocolo Municipal de Diabetes que está disponível online e aqui na Unidade temos uma cópia impressa, mas isso não quer dizer que seja utilizado ou ao menos esteja disponível para todo mundo, em parte por limitação na disponibilidade de computadores e acesso à internet.

Outro resultado deste Projeto em Campinas foi a realização de Auditoria Clínica de Prontuários, com a observação de aspectos chave do cuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus, em mais de 70% das equipes de atenção primária.

Ainda neste documento de avaliação, outros aspectos não mensuráveis de modo objetivo também foram alcançados após a execução do Projeto, entre eles a responsabilidade no seguimento de “pacientes crônicos”, a retomada do uso de cadastramento como ferramenta de vigilância em saúde, o trabalho em equipe, o uso de diretrizes e protocolos clínicos pelos profissionais de saúde e a elaboração de Linhas de Cuidado (FARIAS e GUIMARÃES, 2012).

Especificamente no Distrito Norte de Saúde, foram realizadas, neste período, 36 Reuniões Clínicas com médicos e enfermeiros das equipes de Atenção Básica do Distrito para a atualização em temas referentes à Gestão Clínica, às DCNT e à Atenção Básica e capacitações específicas em temas solicitados pelo grupo, como Capacitação em Interpretação de Eletrocardiograma e Introdução de Insulinoterapia em Pacientes com Diabetes Mellitus tipo II.

Estas Reuniões Clínicas, além das capacitações, promoveram encontros regulares entre os trabalhadores, o que permitiu criar um espaço de troca de experiências, mas muito frequentemente este encontro foi usado para compartilhar

opiniões e angústias relacionadas ao cotidiano do trabalho de cada Unidade de Saúde. E, na percepção do grupo de trabalhadores incluídos nesta pesquisa:

O Distrito participa reservando um horário de alguns profissionais médicos e enfermeiras quase todo mês para discutir a Gestão da Clínica, com certa liberdade para organizarem esses momentos. Coordenados pela equipe do projeto de Gestão da Clínica podem discutir entre médicos e enfermeiras do distrito assuntos relacionados à prática de cuidado às pessoas com DCNT e à nossa realidade de trabalho.

Neste Distrito, foram também realizados Atendimentos Compartilhados em quase a totalidade das Unidades de Saúde e Auditorias Clínicas em prontuários, com foco no cuidado em Diabetes.

Na Unidade onde foi realizada esta pesquisa, os Atendimentos Compartilhados aconteceram quinzenalmente, por aproximadamente um ano, em sessões em que usuários identificados como portadores de DCNT foram convocados para reuniões para preenchimento ou atualização do cadastro do HiperDia e, ainda, para a realização de atividade de educação em saúde, usualmente voltada para a adoção de estilo de vida saudável e para o aumento da autonomia no gerenciamento do autocuidado.

Nestas sessões, os usuários eram ouvidos individualmente, em relação às queixas clínicas, e os exames de rotina, para cada caso, e os exames de seguimento, para cada situação clínica, eram solicitados encaminhando-se o retorno destes usuários em consultas individuais com médico da equipe de saúde.

Estes atendimentos feitos na Unidade de Saúde participante desta pesquisa foram expostos nas Reuniões Clínicas do Distrito e ajudaram a desenvolver a mesma atividade em outras Unidades de Saúde. Para os trabalhadores:

Os atendimentos compartilhados que realizamos e a forma de organizar tanto a assistência quanto a vigilância em saúde proposta pelo Projeto tanto alteraram nossa forma de trabalhar e de planejar o trabalho quanto nossa experiência pôde ser levada e compartilhada nos espaços coletivos do Projeto no Distrito e influenciar o trabalho de outras equipes em outros Centros de Saúde.

Com o objetivo de alcançar também os outros profissionais das equipes de saúde para além de médicos e enfermeiros, foram realizadas capacitações nas

Unidades de Saúde para auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com foco em promoção da saúde e prevenção de doenças e em temas pertinentes às DCNT.

Outra ação desenvolvida junto às equipes de Atenção Básica foi a reorganização das filas de espera de encaminhamentos para atendimento especializado em cardiologia, onde cada caso encaminhado foi reavaliado no sentido de redirecionar alguns dos encaminhamentos e encurtar o tempo de espera pela consulta especializada.

O resultado desta ação na Unidade de Saúde envolvida neste estudo foi a apresentação, em Oficina Nacional de Avaliação do Projeto realizada pelo MS, de um pôster com os resultados da avaliação dos encaminhamentos feitos para a cardiologia no Centro de Saúde em questão (LOPES, MARQUES e MORAES, 2011).

Foram encontrados 62 encaminhamentos médicos à consulta especializada com médico cardiologista, dos quais, ao final da reavaliação, 16 foram mantidos aguardando avaliação do especialista, diminuindo potencialmente o tempo de espera.

Entre os 46 retirados desta 'fila de espera' verificou-se que, na maior parte deles, depois da data de encaminhamento ao especialista, os usuários já haviam retornado ao atendimento e não apresentavam mais as condições que justificavam o pedido de consulta com o especialista.

Ao final do prazo para a execução do Projeto Territórios, a gestão municipal de saúde, em conjunto com o CETS, decidiu manter algumas atividades com o remodelamento da equipe.

A gestão municipal apoiada pela gestão distrital de saúde manteve duplas de Coordenadores de Território, um médico e um enfermeiro por Distrito de Saúde, articuladas com lideranças clínicas, trabalhadores de referência para o Projeto, nas Unidades Básicas de Saúde. O número de pessoas envolvidas e a liberação de carga horária semanal são menores em relação ao período de execução oficial do Projeto Territórios.

Ainda acontecem oficinas de capacitação e pactuação de Linhas de Cuidado e no distrito Norte de Saúde são realizadas reuniões mensais entre a coordenação do Projeto e as lideranças clínicas, para discussão de assuntos de interesse.

As atividades mantêm a proposta original de qualificar a Atenção Básica para os limites da resolubilidade na atenção das DCNT e para reestruturar a Atenção Especializada no seu papel complementar através do uso de ferramentas da Gestão Clínica e da articulação da rede de atenção à saúde a partir da pactuação de linhas de cuidado.

As incertezas geradas pela transição entre os formatos do Projeto (entre um projeto em parceria com o MS e as atividades mantidas apenas pela equipe do CETS com o apoio da prefeitura) foram percebidas pelos trabalhadores e sobre isto eles colocam que:

Na ocasião de encerramento do formato do Projeto Territórios apoiado pelo Ministério da saúde em parceria com o Hospital Albert Einstein este espaço quase deixou de existir; no entanto a decisão municipal de manter algumas das atividades do Projeto permitiu que este espaço fosse mantido, embora com menos investimento de tempo e de pessoas envolvidas na organização do projeto. [...] De toda forma, a manutenção deste espaço é importante para nós que a vemos como a possibilidade de alguns de nós levarem questões para um coletivo mais amplo, poderem trocar experiências e participar de capacitações sobre nosso trabalho.

Como resultado de sua inclusão nas atividades do Projeto e das modificações implementadas a partir desta inclusão, os trabalhadores são assertivos em afirmar um saldo positivo do processo como um todo;

[...] temos a percepção de alguns ganhos para o modo como organizamos nosso trabalho de cuidado com os usuários portadores de DCNT porque, a partir deste Projeto pudemos imprimir mudanças no nosso trabalho que nos ajudaram a aprimorar o atendimento a esta população.

O que mudou foi o nosso trabalho, nossa forma de lidar com essas questões aqui dentro e disso temos alguns resultados, como a diminuição das situações de urgência e emergência relacionadas às descompensações das DCNT e a sensação de que os usuários portadores destas condições estão melhor controlados.

E, apesar da avaliação positiva sobre o resultado das ações locais relacionadas ao Projeto, de um modo geral, em relação ao impacto esperado com a execução deste, a avaliação positiva foi muito menor do que a estimada na sua apresentação. Assim afirmam que:

Compreendemos que o Projeto tem a potência de ter impacto muito maior nas políticas de saúde e no modelo de Atenção à saúde e que não teve ainda. Uma das razões que relacionamos a isto é a percepção de que o nível de gestão central não 'comprou' o Projeto porque ele destoa um pouco do modelo de atenção à saúde que está proposto pela Secretaria de Saúde.

Esta frustração das expectativas iniciais, associada a um desconforto com a gestão municipal, reaparece em várias questões que serão adiante apresentadas como relacionadas a outros aspectos do trabalho cotidiano nesta Unidade de Saúde, o que é, possivelmente, extensível ao conjunto de serviços de saúde do município.

Sobre o trabalho cotidiano de cuidado às pessoas com DCNT

Percepções quanto ao modo como a demanda dos usuários portadores de DCNT aparece no cotidiano do trabalho

A percepção dos trabalhadores sobre o trabalho associado à demanda gerada pela carga de DCNT na população adscrita é de que esta é “*como parte extensa do trabalho em geral*”.

A sensação expressa pelo grupo parece ser de insuficiência frente à população de portadores de DCNT, mas também expansível ao conjunto total da população, uma vez que percebem que “*temos aproximadamente 14.000 pessoas adscritas à unidade e poucos trabalhadores para prestar assistência a esta população*”.

Neste contexto, a subpopulação aparece como parte de um todo com que guarda muita semelhança, no sentido das dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho.

[...] temos a percepção de que cuidar dos crônicos é mais uma peça no quebra cabeça do trabalho na Atenção Básica. As dificuldades são as

mesmas em todas as áreas do nosso trabalho. [...] É como mais uma parte do trabalho, dentro de uma mesma lógica.

E dentro deste contexto mais amplo, de trabalho como um todo ou trabalho cotidiano, o grupo se refere à demanda gerada pelas necessidades de saúde de usuários portadores de DCNT como uma demanda que ‘aparece’ para a equipe da Unidade de Saúde através de várias ‘portas’ da Unidade.

[...] as pessoas portadoras destas condições estão em contato conosco em consultas marcadas em caráter de agendamento geral ou específico, para atendimento de hipertensos e diabéticos e para atendimentos médicos e de enfermagem.

Os usuários com DCNT também acessam a Unidade através do acolhimento, que é como nos referimos ao atendimento às situações de procura da Unidade por demanda espontânea não programada. Tem um grupo de caminhada e um grupo de Lian Gong que, apesar de não atenderem especificamente pessoas com DCNT, permitem o acesso destas pessoas à equipe.

Pela manhã, temos contato frequente com estas pessoas, quando elas vêm à Unidade para aferição e controle da pressão arterial e glicemia capilar. De outras formas, nós também podemos entrar em contato, por exemplo, no cuidado de curativos, na inalação, no cadastramento, de todas as formas... Às vezes numa simples conversa.

E estas múltiplas portas de entrada para as pessoas acompanhadas pela equipe dá ao grupo a impressão de que esta seja uma subpopulação, melhor assistida se comparada à população adscrita à Unidade de Saúde.

Talvez estes sejam os mais assistidos, porque seja no acolhimento, ou no momento de controle de sinais vitais sempre estamos disponíveis para esclarecer alguma coisa, fazer uma orientação...

No entanto, esta colocação dá outra dimensão a esta percepção, que é a da disponibilidade dos trabalhadores em dar respostas às demandas trazidas por estes usuários. Mesmo que não necessariamente nos momentos planejados para isto, há disposição de acolher as questões trazidas pelos usuários, no cotidiano das relações entre eles e a Unidade de Saúde.

Percepções quanto ao modo como a Unidade de Saúde se organiza para dar respostas às demandas geradas pelas DCNT

O grupo de trabalhadores participantes da pesquisa corresponde ao grupo responsável pelo planejamento das questões relacionadas à Saúde do Adulto desta unidade de saúde.

Nós somos um grupo de profissionais que por interesse e/ou convite se envolveu especificamente com a Saúde do Adulto nesta Unidade. A constituição destes grupos tende a acontecer a partir da manifestação de interesse dos profissionais; no entanto alguns ajustes são feitos através de convite para alguns, de modo a garantir a multidisciplinaridade na composição do grupo, sendo constituídos por médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Esta formatação refere-se à organização mais tradicional de serviços de Atenção Básica por áreas de atuação, como Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, existentes antes da reformulação da Atenção Básica em Campinas pelo Programa Paidéia de Saúde da Família, em 2001, e que, para fins de planejamento e gestão, manteve algumas Unidades de Saúde, apesar da adoção de um modelo de assistência à saúde organizado a partir da introdução do médico generalista nas equipes.

Assim, nesta Unidade, a organização da oferta de ações de saúde para a subpopulação com DCNT acontece como parte da função deste grupo, que sobre isto coloca que:

Nós tentamos organizar o trabalho na unidade no sentido de acolher as necessidades da população que usa o serviço e ofertar ações que sejam necessárias aos cuidados em saúde desta população.

Esta colocação reforça a impressão de que o grupo de trabalhadores planeja as ações de saúde de modo correspondente ao que percebe como necessidade de saúde da população, acolhendo as questões captadas na relação com os usuários e fazendo compor ações que são necessárias ao cuidado, de maneira mais protocolar, com outras questões demandadas ou desejadas pelos usuários.

De um modo geral, parte das ações planejadas para prevenção das DCNT e para a promoção de saúde é ofertada à população assistida nesta Unidade em geral e não exclusivamente aos portadores de DCNT. Os grupos de atividade física em funcionamento são uma ação de combate ao sedentarismo, fator de risco para as DCNT, que ganham destaque como oferta para a população em geral.

Temos tentado dar enfoque para a necessidade de aumentar a carga de atividade física cotidiana das pessoas como ação para a prevenção de doenças, mas também para melhorar o controle de sintomas e criar a possibilidade de interação entre os nossos usuários, a troca de experiências e a vivência de eles perceberem que são cuidados também em outros espaços que não necessariamente as consultas individuais, que em geral, é o que eles vêm buscar. Por isso quando eles chegam ao acolhimento ou para outra coisa na unidade, nossa primeira oferta, não só para os Crônicos, mas para os adultos em geral é o Grupo de Caminhada e o Lian Gong, mais especificamente para os que trazem queixas articulares ou de dor.

A percepção é de que as ofertas de atividades coletivas apresentam melhor aceitação e adesão quando o funcionamento do grupo permite a convivência entre os usuários, sem necessariamente centrar o foco da ação em alguma situação específica de adoecimento.

Temos a impressão de que os usuários gostam muito das atividades coletivas que permitem a convivência entre eles, sem foco em doenças específicas, como é no grupo de caminhadas. Neste grupo, a adesão é muito boa, principalmente entre as mulheres, que são as que mais participam destes espaços de grupo.

Além do caráter de grupo de estímulo à adoção a um estilo de vida mais saudável, aberto para a participação da população em geral, e de ser um grupo que permite a convivência entre os usuários e a equipe de trabalhadores da Unidade que modulam positivamente à adesão a esta atividade de grupo, são reconhecidos outros fatores, como a questão de gênero, que também influenciam na adesão à atividade coletiva:

Os homens já não aderem tanto. Nossa impressão é a de que este pode ser um fenômeno cultural. As mulheres têm as questões da contracepção e do pré natal e da prevenção do câncer de colo, que as põe em contato com a necessidade de um acompanhamento prolongado e programado desde mais cedo na vida. Ainda são em geral as responsáveis por acompanhar os filhos na puericultura. Já os homens,

em geral só vêm com a doença instalada e agudizada. Neste aspecto, acreditamos que a prática do autocuidado seja mais da mulher que do homem. E este é, para nós um desafio, atrair os homens, trazê-los pela mão para cuidarem de si mesmos.

O grupo remonta ainda a uma experiência passada, em que se ofereceu uma atividade de grupo que combinava ações específicas de abordagem às DCNT e também criava espaços de convivência entre os usuários:

Tivemos uma experiência interessante de encontros quinzenais com grupos de usuários portadores de DCNT, onde as patologias foram esplanadas de forma mais simplificada, permitindo a compreensão deles e também organizamos passeios e estas atividades, de grande interesse para esta população, que tem dificuldades em se deslocar até outro bairro em razão da idade, por exemplo.

Por ocasião da reunião de apresentação da narrativa construída e validação da mesma, o grupo destacou que, embora essas experiências, do Grupo de Caminhada, de *Lian Gong* e deste grupo de Crônicos tenham sido bem sucedidas no aspecto da adesão dos usuários, de modo geral a adesão às propostas de atividades de grupo não é satisfatória, o que é mais evidente na construção de grupos relacionados a situações específicas de adoecimento, em que a atividade coletiva esteja centrada em ações de educação em saúde aplicadas de modo mais tradicional e, sobre isto, dizem:

A abordagem tradicional nem sempre é suficiente para produzir as mudanças desejadas. Esta postura em que a equipe de saúde, detentora dos conhecimentos propõe mudança e o paciente até então desinformado passivamente acata esta mudança, é limitada mesmo. Temos por aí outras proposições, como a abordagem motivacional, que pode ajudar a estimular essas mudanças de forma mais efetiva e temos tentado usá-la, embora ainda de forma incipiente, dadas as limitações operacionais em que esbarramos.

Algumas ações são organizadas como oferta específica para os portadores de DCNT. A elaboração destas ofertas parece estar muito vinculada à possibilidade de organizar o atendimento a esta subpopulação de maneira programada e a partir de registros que permitam ações de Vigilância em Saúde.

Especificamente para os Crônicos (pessoas portadoras de DCNT) temos o agendamento específico para os portadores de HAS ou DM com os clínicos, agenda restrita no geral, priorizada para eles... As enfermeiras também têm uma agenda específica para atendimento desta população e estamos em fase de estruturação da oferta de consultas de técnicos e

auxiliares de enfermagem para esta população. Temos feito discussões nas equipes, no grupo de Gestão Clínica e no Núcleo de Saúde Coletiva.

[...]

Temos a intenção de iniciar a oferta de agendamentos para consultas individuais de acompanhamento de hipertensos e diabéticos com os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, mas apesar de já termos iniciado o cadastramento destes usuários pelo sistema HiperDia, que nos servirá de organizador da vigilância para esta subpopulação de usuários, classificando-os por categorias de maior ou menos risco cardiovascular, os auxiliares ainda não estão atendendo de forma programada a esta população.

Esta organização da oferta de atendimentos específicos para os portadores de DCNT e a Vigilância em Saúde para esta subpopulação parecem ter sido planejadas de modo correspondente às proposições do Projeto Territórios e também às iniciativas da OMS e do Ministério da Saúde, no sentido de estruturar inovações de cuidado às DCNT a partir da organização de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, qualificação da clínica e vigilância em saúde.

Para o grupo de trabalhadores participantes desta pesquisa, a Vigilância em Saúde ainda é uma ação em desenvolvimento. Embora tenha havido, durante os Atendimentos Compartilhados, o cadastramento de parte da população com Doenças Crônicas, através dos formulários do HiperDia, sobre a Vigilância a percepção é de que:

Temos tentado, através do Núcleo de Saúde Coletiva, organizar um cadastro das pessoas que acompanhamos e que são portadoras de DCNT, de modo que se torne possível observar, por exemplo, as ausências em acompanhamentos. Temos contato mais próximo com os usuários que nos procuram, mas temos a impressão de não podermos acessar os que não estão vindo, porque muitos devem estar sem vir e não estamos agindo nesta questão.

Neste aspecto, é interessante notar que, embora a equipe descreva uma postura acolhedora em relação às demandas não programadas trazidas na convivência cotidiana com os usuários do serviço de saúde, o planejamento de ações está muito fortemente direcionado à oferta de ações planejadas e programadas, em parte facilitando ações de Vigilância em Saúde.

A proposição do Projeto Territórios pretende incluir ações de atendimentos e

gestão de casos no cotidiano do trabalho, mas não propõe um plano em que caibam ações geradas como resposta às demandas espontâneas colocadas para as equipes de saúde no cotidiano. Parte dos resultados desta não inclusão aparece como uma dificuldade na administração do cotidiano na unidade de saúde, como será visto adiante.

Percepções quanto às dificuldades que estão presentes na execução do trabalho de cuidado em saúde para pessoas com DCNT

As dificuldades relacionadas pelo grupo aparecem na construção do trabalho cotidiano na Unidade de Saúde, e embora este momento de grupo focal tenha dado destaque às questões relacionadas às DCNT, estes trabalhadores são claros em afirmar que a maior parte das dificuldades se estende para o trabalho como um todo.

[...] temos a percepção de que cuidar dos crônicos é mais uma peça no quebra cabeça do trabalho na Atenção Básica. As dificuldades são as mesmas em todas as áreas do nosso trabalho. Por exemplo, a dificuldade em fazer a vigilância dos crônicos é a mesma para fazer a vigilância da puericultura ou das doenças infectocontagiosas. É como mais uma parte do trabalho, dentro de uma mesma lógica.

Estas dificuldades estão, na opinião destes trabalhadores, relacionadas à percepção de insuficiência da equipe frente às demandas em saúde, em razão da clientela adscrita à Unidade de Saúde ser muito grande:

[...] também por conta do grande número de usuários, nós temos dificuldades de planejar todos os atendimentos individuais e estamos sempre pensando e tentando reinventar os jeitos de adequar nossa agenda de atendimentos à demanda e talvez os grupos sejam nossa possibilidade de equacionar esta questão. O desafio, neste momento, é abrir uma nova oferta de grupo mais direcionada ao acompanhamento e aconselhamento dos Crônicos, estamos na fase de pensar em como estruturar esta oferta, pensar em como organizar este grupo.

E ainda:

Atualmente identificamos como dificultadores do nosso trabalho a insuficiência de recursos humanos na Unidade frente às 7000 pessoas (por equipe) que têm outras demandas além das DCNT.

Afirmam, também, que há insuficiência no número de profissionais lotados na Unidade e ponderam que a organização do trabalho, ou a não organização deste, contribui com a impressão de insuficiência. A questão é exposta desta forma:

Uma dificuldade identificada na oferta de ações de saúde é a limitação imposta pelo número reduzido de trabalhadores na Unidade. O território é muito grande em relação às duas equipes pequenas que constituem nosso Centro de Saúde. Temos aproximadamente 14.000 pessoas adscritas à Unidade e poucos trabalhadores para prestar assistência a esta população. Eventualmente esta limitação nos impõe fazer a escolha de abandonar algumas das ações planejadas para dar conta de outras ações necessárias, em situações mais emergenciais e imprevistas.

Neste aspecto alguns de nós discordam creditando esta impressão de insuficiência de trabalhadores à desorganização do trabalho cotidiano. Muito embora haja insuficiência de trabalhadores, se os fluxos da Unidade fossem melhor estabelecidos e os planejamentos mais precisos em relação ao cotidiano da unidade, é possível que essa deficiência tivesse menos impacto.

Para além da quantidade de pessoas adscritas ao território o fato de, para os trabalhadores, essas pessoas dependerem mais do SUS na oferta de serviços assistenciais em saúde compõe a situação de aumento da carga de trabalho:

[...] há um menor número de profissionais em relação ao crescente número de usuários demandantes de cuidados na unidade de saúde alguns de nós trazem a memória de um tempo passado quando o bairro correspondente ao território adscrito era menos populoso e a proporção de pessoas 'SUS dependente' era menor, a equipe do Centro de Saúde conseguia manter a oferta de atividades em grupos toda semana.

Nossa impressão é de que com a diminuição de oferta de plano de saúde por parte das empresas da região e a insuficiência de serviços de Pronto Atendimento na cidade e o aumento da população residente no território são fatores que findam aumentando a demanda por atendimento em acolhimento e diminuem nossa capacidade de executar outras tarefas fundamentais e necessárias da Atenção Básica, como a organização de grupos e atendimento programado.

A percepção é a de que o aumento da demanda por assistência à saúde, através do SUS; a diminuição do acesso à saúde suplementar e o crescimento da população, para este grupo de trabalhadores, estão opostos ao bom desempenho no cuidado dos crônicos, que estes trabalhadores relacionam com a possibilidade de executar ações coletivas de Educação em Saúde (grupos) e o atendimento individual programado.

A inadequação do perfil profissional de alguns trabalhadores para a Atenção Básica também é apontada como dificultador, em conjunto com a dificuldade de acesso à espaços de educação continuada como capacitação para o trabalho.

Percebemos também a incompatibilidade na formação profissional de nossa equipe de trabalho e a não adequação do perfil de alguns profissionais com a proposta de trabalho na Atenção Básica. A pouca oferta e possibilidade de acesso à educação continuada e a treinamentos agravam estas questões.

Algumas questões da estrutura do cotidiano do trabalho, como espaço físico e organização das agendas de trabalho, também são mencionadas como dificuldades para a adequada oferta de cuidado para os usuários.

Uma outra dificuldade que temos é a indisponibilidade de tempo para nos reunirmos, como agora, para debater sobre a Saúde do Adulto. Este ano é a primeira vez que conseguimos nos reunir para falar de forma mais ampliada sobre a Saúde do Adulto, nesse momento para esse grupo focal. E poder fazer esse debate aqui dentro é importante para organizarmos nosso trabalho.

[...]

Outra limitação percebida por nós é o espaço físico da Unidade. O grupo de caminhada, por exemplo, em dias de chuva não acontece por não termos um lugar coberto para fazermos outro tipo de atividade física com os usuários. Quando a igreja não cede o espaço, não temos onde fazer o grupo de Lian Gong.

Mas, dentre as falas que expressam dificuldades no cotidiano do trabalho, a questão mais relevante na percepção dos trabalhadores é a relacionada ao modelo de saúde proposto para a Atenção Básica do município.

Outra limitação já bastante debatida e exposta por nós é a que é dada pelo modelo de atenção à saúde. Daí demanda uma reorganização do modelo da assistência à saúde por parte do nível central, para tornar possível este trabalho.

De algum modo, a relação entre a necessidade de atender à demanda espontânea e a necessidade de dar respostas às questões relacionadas às DCNT, de modo programado e acompanhadas por um agir vigilante em relação aos usuários e aos resultados produzidos pelo cuidado, na percepção destes trabalhadores, deve ser equalizada através de uma proposição de organização do trabalho cotidiano, por um

modelo tecnoassistencial, o que estes trabalhadores entendem como função da gestão municipal de saúde.

Porque atualmente o tempo dispendido em atendimentos de acolhimento é muito maior que o dispendido no acompanhamento dos crônicos, o que faz dele a prioridade. E ele deve ser a prioridade? Esta é uma decisão de gestão central que não parece estar em nossas mãos, mas que em parte impede a execução do cuidado ideal para os crônicos.

É importante dar destaque ao fato de que, embora a postura da equipe às questões trazidas pelos usuários no cotidiano do trabalho seja acolhedora, o que aqui é chamado de acolhimento parece referir-se à uma atividade pontual de atendimento às demandas geradas por queixas agudas, trazidas de forma não programada à Unidade de Saúde pelos usuários.

Para estes trabalhadores, se a implantação do Programa Paidéia de Saúde da Família propôs um modelo tecnoassistencial para a Atenção Básica, o desinvestimento político e estrutural da rede de saúde que seguiu esta implantação esvaziou de significado algumas das propostas contidas naquele Programa.

O atual modelo de Campinas parece estar indefinido. Não está escrito em nenhum lugar que devemos priorizar o acolhimento, mas a unidade não pode fechar o atendimento à demanda espontânea e como são os auxiliares que estão lá, as enfermeiras devem dar cobertura deste atendimento 60 horas por semana, o que reduz muito a capacidade de disponibilizar horas de trabalho destas profissionais para as agendas programadas.

[...]

Muito embora não esteja escrito como uma determinação do nosso modelo de saúde, recebemos uma pressão para dar conta do que é trazido à Unidade como demanda do acolhimento e a necessidade de produzir consultas e procedimentos que são gerados por estes atendimentos não programados impede que tenhamos disponibilidade para fazer o adequado acompanhamento dos crônicos.

Neste aspecto, para este grupo de trabalhadores, aparece muito expressivamente a relação de oposição entre o acolhimento (ou o trabalho gerado como resposta à demanda espontânea) e a possibilidade do que o próprio grupo chama de 'trabalho da Atenção Básica', ou o que poderia ser compreendido como função deste

nível de atenção à saúde e, ainda mais especificamente, oposição à possibilidade de estruturar ofertas adequadas às necessidades de saúde das pessoas com DCNT.

O fato de nosso foco estar sempre voltado para o atendimento à demanda espontânea nos faz perder a possibilidade de dar destaque ao que é trabalho da Unidade de Atenção Básica, como o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e de seus agravos, de desenvolvermos melhor nossas ações de vigilância em saúde e o acompanhamento dos doentes crônicos, por exemplo.

E este trabalho ideal, identificado com o proposto pelo Projeto Territórios, por não permitir uma composição com a reorganização necessária para criar os espaços que permitam o atendimento à demanda espontânea, quando somado à sensação de insuficiência e sobrecarga em relação ao trabalho como um todo, na afirmação do grupo, não permite o encaixe entre o proposto como ideal e o trabalho cotidiano. Nas palavras do grupo:

Em consequência, as atividades propostas pelo Projeto como adequadas para o acompanhamento destas pessoas não se encaixa no cotidiano do nosso trabalho. Ao mesmo tempo em que compreendemos isso como umas das limitações para desenvolvermos um trabalho mais adequado de cuidado a esta população, temos a impressão de que a gestão central de saúde no município não está disposta a fazer este debate de adequação de modelos de assistência à saúde.

Sobre a articulação da rede de saúde

Outra dimensão de atuação do Projeto Territórios é a articulação das redes de saúde, a partir da estruturação de Linhas de Cuidado para as doenças priorizadas: ICC, IAM e AVC.

A estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção do SUS engloba alguns aspectos desta articulação como necessários à implementação das redes de saúde.

Saliente-se a dimensão de articulação entre diferentes serviços de saúde, a partir da pactuação de fluxos entre os diferentes níveis de atenção e do estabelecimento de uma rede de relações entre os gestores de trabalhadores, que permita a negociação e pactuação do funcionamento das redes e, também, possibilite o monitoramento e a observação dos resultados das ações de saúde.

Como já colocado em relação à impressão dos trabalhadores sobre este aspecto do Projeto, apesar de terem acontecido oficinas de pactuação de Linhas de Cuidado, na relação entre os diferentes pontos de atenção não se percebe mudança.

Na nossa percepção nossa relação com outros pontos da rede de saúde em nenhum dos sentidos foi alterada, nem daqui para lá nem de lá para cá.

O fluxo de casos e pessoas entre os níveis de Atenção ainda é mediado por uma guia de referência e contra-referência preenchida e remetida da Atenção Básica para a Especializada e regulada nas Unidades Básicas de Saúde, a partir de um critério de avaliação de risco feito no momento do preenchimento, organizada em 'filas' que andam à medida em que as vagas para consultas com especialistas são disponibilizadas, via sistema eletrônico, para marcação das consultas.

Outra dimensão de articulação necessária para a construção de redes apontada pelo Projeto é a necessidade de articulação intersetorial. Para os trabalhadores, as necessidades de saúde estão acompanhadas de necessidades outras que interferem na possibilidade de produção de saúde. Sobre esta questão, no cotidiano do trabalho eles percebem que:

A gente trabalha numa região socialmente carente e as dificuldades se somam diminuindo a capacidade das pessoas em cuidar de si. Por exemplo os insulino dependentes não alfabetizados têm mais dificuldades para usar a medicação por não conseguirem ler os números e isso é um atrapalhador a mais na adesão ao tratamento, muito característico de áreas mais carentes.

E, neste aspecto, podemos observar que a não adesão ao tratamento está além da vontade dos pacientes, às vezes não há nenhuma condição que permita esta adesão. Trata-se de uma limitação social além da vontade deles.

Os trabalhadores percebem que, na interação com os usuários, se faz

necessária a adaptação de algumas posturas para permitir uma real interação entre as partes, dadas as diferenças culturais:

No nosso cotidiano tentamos usar uma linguagem mais acessível para a população, explicações mais simples para tornar possível a compreensão [...].

Eles ampliam o escopo de possíveis interações com as questões de saúde e estilo de vida para além do conhecimento formal:

Além disso, a distância entre saber o que fazer e de fato fazerem não está apenas ligada ao conhecimento; a capacidade de mudar hábitos de vida está ligada a outras coisas.

Outras questões como as determinadas por problemas financeiros e acesso a determinado padrão de consumo apregoado como ideal pela indústria de alimentos, também estão presentes na percepção dos trabalhadores interagindo com as ações de saúde:

Uma dificuldade está na impressão dos usuários de que a mudança de estilo de vida é muito cara, que a dieta saudável deva se constituir de alimentos industrializados, caracterizados pela redução de gordura e açúcar, como os light e diet, e que isso tornaria inviável ou precário o acesso a uma alimentação mais saudável, em razão do preço destes alimentos, associando a melhoria dos hábitos de vidas ao maior custo de vida.

Apesar de reconhecer estas questões como determinantes da situação de adoecimento da população, o grupo não se refere a ações de interação intersetorial quando fala sobre ações de cuidado para as pessoas com DCNT.

Sobre a relação com a Gestão

A Gestão Clínica propõe, conceitualmente, tornar as funções tradicionalmente ligadas à gestão mais próximas das ações clínicas e dos trabalhadores da saúde.

Durante a execução do Projeto em Campinas, alguns apoiadores de gestão estiveram ocupando a função de Interlocutores de Gestão em Rede – IGR e participando de forma regular das reuniões e capacitações propostas.

E, em relação a esta aproximação da gestão com as questões clínicas de cuidado às DCNT, os trabalhadores percebem, de forma diferente, a interação com a gestão de Saúde Municipal, Distrital e a Gestão Local de Saúde.

A percepção dos trabalhadores em relação à gestão Municipal é a de pouco ou nenhum investimento, tanto no Projeto quanto nas políticas de Saúde como um todo. Como já apresentado nas questões relacionadas às atividades do Projeto Territórios em Campinas, na opinião deste grupo de trabalhadores, a gestão não investiu adequadamente no Projeto e também não investiu na proposição de um modelo tecnoassistencial adequado às necessidades de saúde da população.

Em relação à Gestão Distrital de Saúde, o grupo de trabalhadores percebe que o apoio na constituição e manutenção do espaço de Reuniões Clínicas no Distrito é positivo, no entanto é à Gestão Local que estes trabalhadores atribuem a percepção de apoio. Assim afirmam:

Em relação à gestão e ao apoio localmente no CS sempre tivemos apoio. A coordenadora favorece o desenvolvimento de projetos e ações propostas pela equipe.

Estes trabalhadores são claros em afirmar a articulação com a gestão local como o caminho para implementar mudanças, revelando uma dependência desta possibilidade de articulação, o que na realidade destes trabalhadores nesta Unidade de saúde é possível, mas que de algum modo permite entrever que, em outras Unidades, uma má relação impeça a implementação de mudanças ou melhorias. Afirmam os trabalhadores:

A implementação de mudanças no cotidiano do trabalho fica a cargo de cada equipe em cada Centro de Saúde, na articulação com cada coordenador local, sendo possível aquilo que é possível limitado pela pactuação com o coordenador. Aqui conseguimos bastante mudanças por conta da boa articulação com a coordenadora e por podermos contar com o apoio dela.

Em relação à potência do grupo em alterar a realidade de trabalho nos pontos em que reconhecem dificuldades, os trabalhadores se descrevem numa condição de muita fragilidade e pouca potência. Segundo eles:

E neste sentido entendemos que o que é possível é 'trabalho de formiguinha', ou seja, em passos muito pequenos avançarmos no sentido do que compreendemos como necessário, já que passos mais largos dependeriam de questões relacionadas a aspectos mais amplos e estruturais das políticas de saúde, sobre a qual não temos governabilidade e que atualmente parecem não estar no plano de ação do governo municipal.

Ainda em relação ao próprio trabalho, a percepção de impotência parece fazê-los projetar um cenário mais difícil ainda:

A sensação de estar diante do avanço da demanda gerada pelas DCNT, dado o envelhecimento da população, em conjunto com tudo que já constitui o trabalho na Atenção Básica, nos faz sentir cansados, desanimados, precisando ser cuidados sem sermos. Seremos os próximos crônicos. E, se não estamos dando conta agora, imagina quando aumentarmos os números.

Reflexões sobre as percepções dos trabalhadores

A Proposição do Projeto Territórios revela a necessidade de agir sobre três pontos do processo de trabalho em saúde na perspectiva de constituir, a partir de algumas mudanças, um modelo tecnoassistencial capaz de produzir respostas adequadas às demandas em saúde geradas pelas DCNT.

Reveladas no título do Projeto (BRASIL, 2010), duas dimensões dessa mudança são: (1) a construção de uma *estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis*, na perspectiva de que, (2) a partir desta pretendida qualificação e da indução de Linhas de Cuidado que fortaleçam a articulação entre os diferentes níveis de Atenção à Saúde, constitua-se um eixo de *reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*.

Outra dimensão, dada pela adoção do conceito de Gestão Clínica para balizamento das mudanças propostas e do uso de Ferramentas da Gestão Clínica para modificações no cotidiano do trabalho, é a aproximação entre aspectos gerenciais e

aspectos clínicos, na construção de processos de trabalho, objetivando o “dever de qualidade” e o aumento da eficácia das ações em saúde (BUETOW e ROLAND, 1999).

Nesta dimensão, a relação entre o espaço do trabalho cotidiano, do trabalho clínico na produção de cuidado para as DCNT e a gestão deste trabalho permite ser observada a partir da percepção destes trabalhadores.

A observação do modo como o grupo de trabalhadores envolvidos com esta pesquisa percebeu as questões relacionadas ao cuidado às pessoas portadoras de DCNT permite destacar que, em cada uma destas dimensões, existem pontos críticos que as marcam na percepção destes trabalhadores:

1) No cotidiano do trabalho na Atenção Básica está colocada uma tensão entre programar as ações em saúde e dar respostas às demandas espontâneas;

2) na articulação de Redes de Saúde, há a fragilidade da rede de relações entre pessoas e serviços; e

3) na dimensão da Gestão, existe a percepção de fraqueza e impotência dos trabalhadores, frente aos desafios cotidianos do trabalho em saúde.

Realizar-se-á, a seguir, uma discussão dos achados empíricos desta pesquisa com relação a estes três pontos, correlacionando estes achados com o referencial teórico adotado.

Trabalho da Atenção Básica *versus* Acolhimento à demanda espontânea

A narrativa do grupo focal realizado aponta claramente para uma oposição, uma tensão existente no cotidiano do que é chamado de “Trabalho da Atenção Básica” e a necessidade de acolher a demanda espontânea dos usuários. Entende-se que esta tensão remonta aos primórdios da Atenção Básica no Brasil, na oposição entre a possibilidade da programação em saúde e a construção de uma lógica assistencial que inclua a clínica individual e a atenção às queixas dos usuários na resposta às

necessidades de saúde da população trazidas às unidades básicas de saúde (CAMPOS, 1991).

A expansão dos serviços de Atenção Básica à Saúde ocorreu em um contexto político e econômico de avanço do modelo neoliberal de Estado, que impediu a efetivação do Sistema de Saúde na plenitude do idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, para ampliação do acesso à saúde como um direito de cidadania (PAIM, 2007; FLEURY, 2009). Esta expansão se deu pela ampliação de uma rede subfinanciada, modelada de 'pobre para pobre' e composta por uma 'cesta básica de saúde', organizada em programas focados em situações de adoecimento e ciclos de vida e maior vulnerabilidade e com maior impacto nos indicadores de saúde. Para Moraes (2014, p. 67),

o modelo de Atenção Básica que se implanta massivamente no Brasil, a partir de 1994, através do Programa de Saúde da Família, é composto por uma série de programas específicos, com foco nas doenças infectocontagiosas e nas condições de saúde que possuem alta relevância na composição dos indicadores gerais da saúde: vacinação, atenção materno-infantil (pré-natal, puerpério e puericultura), controle da tuberculose e da hanseníase, *controle das doenças crônicas não transmissíveis (especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellito)*, além de ações de promoção ou prevenção mais gerais (ou menos focalizadas) (Grifo nosso).

Especificamente para a Atenção às DCNT, o Programa HiperDia, planejado para cadastro e vigilância em saúde das pessoas com HAS e DM nas Unidades Básicas de Saúde, propõe-se a organizar a assistência a esta subpopulação. As ações propostas neste programa incluem ações de vigilância, promoção e prevenção, atendimentos clínicos programados e distribuição de alguns medicamentos para controle destas patologias.

Cabe dar destaque ao fato de que neste Programa o trabalho de cuidado aos usuários é planejado a partir do diagnóstico de doença, organizado para controle desta doença através da oferta de um conjunto de ações, por sua vez organizado de modo correspondente ao que é considerado adequado no tratamento da patologia em questão e as ações de promoção de saúde e prevenção da doenças visam controle de fatores de risco reconhecidos na determinação do adoecimento ou agravamento da

população. Para Cunha (2004, p. 147):

No campo da Saúde Pública, a Programação em Saúde é uma ferramenta de gestão do trabalho e de direcionamento da clínica que, apesar dos aspectos positivos que ainda hoje se podem extrair dessa proposta, é altamente prescritiva e afinada com a centralidade do aspecto biológico e imutabilidade dos Sujeitos (coortes de pacientes classificados com o dito diagnóstico).

Esta modelagem não inclui a perspectiva de os serviços de saúde serem capazes de acolher as necessidades de saúde manifestadas pelos usuários e que, de alguma forma, não estivessem pré-estabelecidas no planejamento dos programas.

O modelo tecnoassistencial estava entre o usuário e o trabalhador de saúde criando um filtro entre o que podia ser considerado ‘trabalho’ da Atenção Básica e o que não (CAMPOS, 1991).

Até os dias atuais, é possível recuperar, na memória dos trabalhadores da saúde na Atenção Básica, um tempo em que o trabalho de assistência à criança resumia-se a pesar, medir e vacinar. Para os Hipertensos e Diabéticos, isto significava medir pressão arterial, pedir exames e renovar receitas numa organização de atendimentos coletivos ou ‘grupos de hipertensos’. Certa nostalgia embala essas memórias...

Para Cunha, este modelo é agradável aos trabalhadores porque cria um cardápio de ofertas “possibilitando que as equipes, a partir de um referencial exclusivamente epidemiológico, definissem quais necessidades de saúde eram prioritárias” e de que “a realização de um determinado conjunto de ações implicasse na excelência do resultado” (CUNHA, 2004, p. 148). Assim, uma parte considerável das demandas em saúde, considerada não prioritária a partir deste referencial, não seria ‘trabalho da Atenção Básica’.

Na percepção dos trabalhadores que participaram da pesquisa, o Projeto Territórios é muito mais identificado com o “trabalho da Atenção Básica”, e o acolhimento à demanda espontânea é visto como um obstáculo ou um ‘atrapalhador’ da plena execução do Projeto:

o tempo dispendido em atendimentos de acolhimento é muito maior que

o dispendido no acompanhamento dos crônicos [...] nos faz perder a possibilidade de dar destaque ao que é trabalho da Atenção Básica.

E, de fato, o Projeto Territórios que, como já referido no capítulo específico, tem seu embasamento teórico marcado pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003; 2005) e também é influenciado pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), afirma a necessidade de reorganização de cuidado e a priorização das ações de prevenção e cuidado às DCNT, lançando mão, principalmente, da incorporação de ferramentas da Gestão Clínica no trabalho da Atenção Básica.

Tais ferramentas visam desfazer a separação entre a gestão e a clínica, com a incorporação de capacitação e educação permanentes, auditorias clínicas, ações de aprimoramento da efetividade clínica, gerenciamento de risco e desenvolvimento de conhecimento científico e pesquisa para qualificar as ações na Atenção Básica e melhorar a resolutividade no cuidado às DCNT (BUETOW e ROLAND, 1999; BRASIL, 2010).

O Projeto Territórios, para a qualificação da Atenção Básica, propõe um remodelamento da atenção à saúde das pessoas com DCNT, a partir da superação do atendimento médico-centrado para um modelo de Atendimento Compartilhado, multiprofissional e amparado em evidências científicas, e o fortalecimento de ações de Vigilância em Saúde. Entretanto, como percebem os trabalhadores pesquisados, não há proposição para conciliar esta outra necessidade do trabalho em saúde na Atenção Básica, que é manter a porta aberta para o acesso universal e o olhar integral para as demandas de saúde da população adscrita.

No mesmo sentido, a atual política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) refere a necessidade de transformações deste nível de atenção à saúde, no sentido de uma Atenção Básica ampliada no escopo de ações e mais resolutiva. A PNAB propõe o desenvolvimento de ações de cuidado às DCNT e outras situações de relevância epidemiológica, através do desenvolvimento de ações programadas, acompanhadas de vigilância em saúde em serviços que, concomitantemente, devem funcionar sendo uma porta de entrada aberta à demanda espontânea, assumindo a função de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva à maior parte dos problemas de saúde da

população e, ainda, se responsabilizar pela resposta mesmo que ofertada em outros pontos de atenção da rede.

A formulação do Projeto Paidéia de Saúde da Família (CAMPOS, 2007a), em Campinas, constituiu uma tentativa de implantar as características da Saúde da Família nos serviços de Atenção Básica da cidade e agregar, entre outras coisas, a função do acolhimento ao papel deste nível de Atenção à Saúde.

Pelo Projeto Paidéia, a atenção à demanda espontânea é forma de garantir legitimidade social e técnica das ações de saúde. Para o equilíbrio entre as ações programadas e o acolhimento à demanda espontânea, Campos (2007a, p. 75) sugere que

[...] parte importante da agenda dos médicos, enfermeiros, dentistas, dos grupos, deve ser reservada para esses usuários (algo em torno de 50% do tempo disponível). O restante da agenda deverá ser reservado para eventos imprevistos[...] e para manter atendimento aberto à demanda, sempre aberto à demanda [...].

A formulação do Projeto Territórios, embora amplie o espectro de situações de adoecimento considerados prioritários e incorpore ferramentas mais complexas para a gestão do trabalho cotidiano relacionado ao cuidado a esta subpopulação, não dialoga com esta realidade do trabalho em saúde dada pela necessidade de manter as portas abertas à demanda espontânea.

No momento atual, os trabalhadores – e não mais o modelo tecnoassistencial – colocam-se entre a pressão gerada pelo atendimento à demanda espontânea e o que tradicionalmente se reconhece como ‘trabalho da Atenção Básica’, o trabalho gerado pelas ações programadas em saúde, o que é percebido como sobrecarga de trabalho, ou o desempenho de “dois trabalhos” ao mesmo tempo (o acolhimento à demanda espontânea e o ‘trabalho da Atenção Básica’), e parece gerar sensação de impotência e insuficiência frente ao trabalho cotidiano.

A articulação de uma rede de saúde capaz de garantir a integralidade do cuidado é vista pelo Projeto Territórios como uma ação estratégica para garantir a qualidade de atenção às DCNT. A organização de serviços de saúde numa lógica de distribuição custo-efetivas de procedimentos e Atenção Especializada é reconhecida no Projeto como essencial para garantir a sustentabilidade do cuidado a situações de adoecimento complexas.

Entretanto, embora as oficinas de pactuação de Linhas de Cuidado ocorridas no município de Campinas tivessem a intenção de articular esta rede de serviços e pessoas, na percepção do grupo de trabalhadores envolvidos com esta pesquisa não houve reflexo destes momentos na organização de uma rede articulada.

Na nossa percepção, nossa relação com outros pontos da rede de saúde em nenhum dos sentidos foi alterada, nem daqui para lá nem de lá para cá.

A possibilidade de constituir, através do Matriciamento Especializado, proposto por Campos (2007a) e incorporado como linha de ação do Projeto, parece ter ocupado um segundo plano, dando lugar prioritário ao compartilhamento de informações sobre Protocolos e Diretrizes Clínicas, para guiar o fluxo de pessoas e procedimentos na rede de saúde.

Como visto nos resultados do projeto em Campinas (FARIAS E GUIMARÃES, 2012) o número de unidades de saúde e serviços da rede envolvidos nas oficinas foi grande. No entanto, os pactos estabelecidos não alteraram a realidade das relações entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada/Hospitalar, na percepção do grupo de trabalhadores da Atenção Básica.

O uso de protocolos, segundo Cunha (2004), revela uma possibilidade totalizante das relações, onde não é permitido aos trabalhadores agir de acordo com a percepção de situações singulares na demanda aos especialistas, por exemplo. Os documentos norteiam a tomada de decisões e o fluxo na rede passa a ser gerenciado na ‘letra fria’

de situações pré estabelecidas em pactos e normas.

Moraes (2014, p.76) identifica a gestão do trabalho assentada nos protocolos e na Medicina Baseada em Evidência como uma tentativa da gestão “de invadir o espaço protegido (de auto-governo) em que acontece o encontro do profissional de saúde com o paciente”, efetuada pela gestão. E associa esta tentativa à prática de gestão mais taylorista, ou, no dizer de Campos (2007b), à “Racionalidade Gerencial Hegemônica”.

A constituição de uma rede de relações a partir do Matriciamento (CAMPOS, 2007a), interligando e personalizando os fluxos de pessoas e informações, parece ter mais potência para produzir o aumento da resolutividade da Atenção Básica, através do compartilhamento de conhecimento técnico entre Especialistas e Generalistas.

A articulação dos profissionais de saúde numa rede de ligações entre os sujeitos, e não apenas de serviços conectados gerencialmente, dá à rede a dimensão de articulação de pessoas atuando em conjunto, na construção de soluções para problemas identificados (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS *apud* SANTOS e ANDRADE, 2011; PINHEIRO e LUZ, 2007).

É possível que esta modelagem permitisse colocar em negociação trabalhadores de diferentes pontos da rede, criando uma alternativa à separação expressa como ‘aqui e lá’ na percepção dos trabalhadores da Atenção Básica, interligando os nós das redes de saúde (CASTELS, 2000) e superando o modelo clássico de referência e contra-referência.

Trabalho de formiguinha

Outro ponto crítico, expresso pelos trabalhadores no momento do grupo focal, é a percepção de pequenez e fragilidade no enfrentamento dos desafios colocados no cotidiano do trabalho na Atenção Básica. Frente à necessidade de um efetivo modelo tecnoassistencial e também à assimilação das ferramentas da gestão da clínica no cotidiano do trabalho, a percepção para estes trabalhadores é a de que:

[...] o que é possível é 'trabalho de formiguinha', ou seja, em passos muito pequenos avançarmos no sentido do que compreendemos como necessário.

Para o Projeto Territórios, a incorporação das ferramentas da Gestão Clínica para a microgestão do trabalho poderia constituir um profissional mais flexível, capaz de reconhecer as limitações de suas ações, planejar melhorias, avaliar resultados e reorganizar seu processo de trabalho, num ciclo virtuoso de ganho de competência (BRASIL, 2010; PALMER, 2002; BUETOW e ROLAND, 1999).

No entanto, mesmo capacitados no uso dessas ferramentas durante a execução do referido Projeto, os trabalhadores percebem-se incapazes de passos mais largos na reorganização de seu processo de trabalho.

A base do sistema de *Clinical Governance* adotado no Projeto Territórios propõe a articulação dos diferentes profissionais envolvidos no processo diagnóstico e terapêutico, através da utilização de diretrizes clínicas e protocolos para agilizar a tomada de decisão e abreviar o tempo de peregrinação dos usuários pelo sistema.

Campos e Amaral (2011) enfatizam que, embora tais iniciativas tenham valor para a gestão em saúde, é relevante combiná-las a espaços de coprodução de autonomia, dos profissionais e dos usuários, para além do uso de instrumentos de auditoria e protocolos.

A impossibilidade de diálogo entre a incorporação de conceitos de gestão clínica e reformas organizacionais e do processo de trabalho voltadas para a ampliação da democracia institucional parece ser responsável pela sensação de “formiguinha” que acomete os trabalhadores:

[...] passos mais largos dependeriam de questões relacionadas a aspectos mais amplos e estruturais das políticas de saúde, sobre a qual não temos governabilidade...

Quando assume a proposição de construir o necessário protagonismo dos trabalhadores para as mudanças no modelo de cuidado às DCNT, através das ferramentas de Gestão Clínica, o Projeto Territórios não coloca em questão as relações de poder que distanciam as formas tradicionais de gestão e os trabalhadores.

Isto só parece possível diante da democratização e da construção de autonomia nos espaços decisórios, reconhecendo nos trabalhadores Sujeitos portadores de necessidades, interesses e desejos próprios (CAMPOS, 2007b) e concebendo “modos democráticos de gestão em que estes fatores possam ser negociados, levando-se em conta, também, as necessidades, interesses e desejos dos usuários do SUS e dos governos” (MORAES e IGUTI, 2013, p. 425). O Projeto Territórios, ao não conceber estes modos democráticos de gestão e propor ferramentas prescritivas do trabalho, na prática, se aproxima mais das formas tradicionais de gestão.

Considerações Finais

A necessidade de reformar os Sistemas de Saúde no sentido de dar respostas mais efetivas no enfrentamento das DCNT se justifica tanto por uma questão epidemiológica – atualmente as DCNT são responsáveis pelo maior número de mortes – quanto pela questão social associada à morbidade destas condições – as DCNT são responsáveis por aproximadamente 60% dos anos de vida perdidos por incapacidade – o que as coloca em destaque como prioridade no conjunto de necessidades de saúde no Brasil e no mundo.

Seguindo a linha da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003; 2005), e inspirado na experiência britânica, o Projeto Territórios se propõe como uma possibilidade de remodelamento da Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento à “epidemia” de DCNT. O faz através da incorporação de ferramentas de Gestão Clínica como proposta de qualificação da Atenção Básica e com a ideia de redimensionar a Atenção Especializada em um papel complementar.

A partir das percepções aferidas junto aos trabalhadores de uma Equipe de Atenção Básica de Campinas – SP que participou do Projeto Territórios pode-se concluir, no geral, que esta equipe é receptiva e vê uma influência positiva das proposições do Projeto com relação às ferramentas de Gestão Clínica, assimilando o discurso de que elas podem efetivamente ampliar a resolutividade do seu trabalho.

No entanto, esta equipe não vê qualquer resultado do Projeto com relação ao redimensionamento da Atenção Especializada: *“em relação ao que é externo ao centro de saúde, aos outros pontos da rede e à gestão municipal, nossa impressão é de que o Projeto não teve impacto algum que pudesse ser percebido por nós”*.

Portanto, na percepção desta equipe, o Projeto Territórios se constituiu, na prática, em um conjunto de ferramentas de Gestão Clínica a serem utilizadas no trabalho cotidiano da Atenção Básica. A própria forma como o Projeto ficou conhecido entre os trabalhadores do SUS Campinas – “Projeto de Gestão da Clínica” – reforça

esta compreensão. E, mesmo com esta importante redução no espectro de ações, foi possível identificar alguns pontos de tensão que a equipe identifica como “dificultadores” para que esta utilização aconteça.

O primeiro deles reside na percepção de uma oposição entre a programação do cuidado às pessoas com DCNT, prescrita pelo Projeto, e o trabalho de acolhimento à demanda espontânea, que parece ocupar grande parte da carga horária dos trabalhadores. Há um sentimento nestes trabalhadores de que, nesta oposição, há uma pressão da gestão no sentido da priorização do acolhimento à demanda espontânea, percebida como contraditória às formulações do Projeto Territórios.

O segundo ponto de tensão reside justamente na ausência de uma adequada retaguarda da Atenção Especializada, reforçando o entendimento de que o Projeto não conseguiu, apesar da intencionalidade manifesta, efetivamente alterar a composição e as relações na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, há um ponto de tensão que pode ser traduzido como uma dificuldade na relação dos trabalhadores com os diferentes níveis de gestão. Os trabalhadores identificam claramente a ausência de um modelo tecnoassistencial, na cidade de Campinas, que em sua visão produz, entre outras resultantes, uma mensagem contraditória entre a realização das atividades do Projeto Territórios – que seriam, na percepção dos trabalhadores, atividades próximas ao que classificam como “trabalho da Atenção Básica” – e, por exemplo, a já citada prioridade ao acolhimento da demanda espontânea, que não seria próprio do trabalho neste nível de Atenção segundo a percepção dos trabalhadores.

A partir destas conclusões, possíveis a esta pesquisa, também é possível concluir que a experiência do “Projeto de Gestão da Clínica” em Campinas não foi plenamente exitosa, considerando seus objetivos manifestos.

Explorando as possíveis razões para isto, há que se considerar uma fragilidade importante do Projeto Territórios: ao passo em que a experiência Britânica de remodelamento da Atenção Básica, que ocorreu no início dos anos 1990 e que serve de inspiração para o Projeto brasileiro (conforme discutido no Capítulo 2), foi parte de

um contexto amplo de mudanças na gestão e no financiamento da Atenção Básica no Reino Unido, no Brasil ela teve um caráter experimental e episódico, representando muito mais uma política de isenção fiscal para uma dita sociedade beneficente – que, através do financiamento de projetos como o Territórios, garante sua condição “filantrópica” sem precisar destinar suas unidades de saúde ao atendimento ao SUS.

Além disso, vale considerar que este financiamento é na verdade um “investimento”, que habilita a sociedade beneficente em questão a “disputar mercado” com as universidades e hospitais de ensino do SUS na condição de centro de excelência produtor de conhecimento, não apenas no âmbito assistencial, mas também no desenvolvimento de tecnologias de gestão.

Para além deste caráter experimental e episódico citado, e considerando os diversos trabalhos que avaliaram os efeitos da experiência Britânica, é preciso considerar também que, mesmo funcionando em sua plenitude, com financiamento adequado e no contexto de uma ampla reformulação do Sistema de Saúde, as proposições do Projeto Territórios seriam insuficientes para produzir as mudanças pretendidas.

Entende-se que os pontos de tensão identificados nesta pesquisa, a partir das percepções de uma equipe de trabalhadores de Campinas – SP a respeito de uma experiência – o “Projeto de Gestão da Clínica” – são expressão de tensionamentos que marcam a experiência da Atenção Básica brasileira como um todo.

Assim, compreende-se que esta pesquisa, embora não seja possível, por limitações metodológicas, generalizar as percepções encontradas para além da equipe de trabalhadores que as produziu, encontrou, através da busca das percepções dos trabalhadores acerca de um Projeto específico, pontos de tensão que podem ser considerados de maneira mais ampla, e que precisam ser superados pela Atenção Básica brasileira e pelo Sistema Único de Saúde.

É preciso ampliar efetivamente a compreensão do que seja o “trabalho da Atenção Básica”, fazendo com que o acolhimento à demanda espontânea perca este caráter “alheio” e se torne estruturante do processo de trabalho das equipes. Para tanto,

é preciso que existam condições de trabalho adequadas, com um correto dimensionamento entre número de trabalhadores e a população adscrita e com uma otimização do uso da carga horária, além de um processo de Educação Permanente que possa suprir as lacunas da formação em Saúde no que concerne ao escopo da Clínica. As formulações da “Clínica Ampliada e Compartilhada” (CAMPOS, 2007a) oferecem alternativas que parecem promissoras.

É igualmente preciso dar forma e fluidez às Redes de Atenção à Saúde, construindo na prática um arranjo que permita o encontro e aproxime as relações entre os diferentes pontos. A proposição de que a Atenção Básica seja a ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado só se efetivará na medida em que, conforme discutido no Capítulo 1, haja o necessário investimento político e financeiro na consolidação de todo o Sistema Único de Saúde, para o que a consolidação das RAS é fundamental.

Por fim, é ainda mais fundamental repensar as formas de gestão e a maneira como as relações de poder se estabelecem e determinam a prática do trabalho em saúde. É preciso considerar que a política de saúde realmente existente é aquela que acontece nos encontros singulares entre trabalhadores e usuários. Mais do que pensar em mecanismos de controle sobre estas relações, portanto, é preciso assimilar o protagonismo destes trabalhadores e usuários e criar condições objetivas e subjetivas para que suas necessidades, interesses e desejos possam ser permanentemente negociados em arenas de co-gestão (CAMPOS, 2007b) onde haja democracia institucional e onde estes Sujeitos do trabalho em saúde possam ter ampliadas suas capacidades de análise e intervenção. Inclusive para o cuidado às pessoas com DCNT.

Referências

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BOLTANSKI L. *As classes sociais e o corpo*. 4ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BRASIL. CIT. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para a organização das Redes de atenção à Saúde do SUS. Versão/dezembro 2010 Proposta De Documento (Versão Final para Análise) Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf. Acessado em: 02/11/2013

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 11/09/2013.

_____. Ministério da Saúde – Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 96). Brasília, 1996. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf. Acesso em: 14/07/2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21/10/2013.

_____. Ministério da Saúde. *Projeto Territórios – Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar*. Brasília, 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Série Pactos pela Saúde, volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS* (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Série Pactos pela Saúde, volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência, a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LivretoDecreto_n7508_Miolo.pdf. Acesso em 02/11/2013

BUETOW, S. A.; ROLAND, M. *Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. Quality in Health Care*. Vol. 8, pp. 184–190, 1999.

BUSS, P.M. e PELLEGRINI Filho, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Diabetes mellitus: protocolo de atendimento clínico*. 2012. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acesso em 11/12/2012.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neo artesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 15, no. 5, p. 757-764, 2010.

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. V.14, nº 4, Rio de Janeiro, p. 863-870, 1998.

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Saúde Paidéia*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

_____. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs) *Tratado de saúde Coletiva*. 2ª ed. 1ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CAMPOS, G.W.S e AMARAL, M.A. Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. Disponível em: http://www.gastaowagner.com.br/index.php/publicacoes/capitulos-de-livros/doc_details/69-organizacao-do-cuidado-e-do-trabalho-em-saude-uma-metodologia-de-co-gestao-marciaegastao.html. Acesso em 08 set 2011.

CARVALHO, G. Saúde: o tudo que sonhamos para todos e o tudo que nos impigem os que lucram com ela. São Paulo, 2005. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_ciclo_texto1.pdf. Acesso em 28/10/13

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (orgs). *Tratado de saúde Coletiva*. 2ª ed. 1ª reimpressão. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.

CASTELS, M. *O poder da identidade*. Tradução: Klauss Brandini Gerhardt. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 113-126

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século 21: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública* 31 (2), pp.184-200, 1997.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62 (1), pp.113-118, Brasília, 2009.

CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Medicina Preventiva e Social. FCM/UNICAMP. Campinas, SP, 2004.

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920*. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica no 93].

DEPARTMENT of HEALTH. *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: Department of Health, 1998.

_____. *The New NHS: Modern, Dependable*. London: Stationery Office, 1997. Disponível em <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>. Acesso em 18/08/2013.

FARIAS, R.M.S. e GUIMARÃES, A.L. *Gestão do Cuidado em Rede: a estratégia adotada na Secretaria Municipal de Campinas*. Mimeo. Campinas, SP, 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (3), pp. 743-752, 2009.

FREEMAN, T.; WALSH, K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Quality & Safety Health Care*. Vol. 13. pp. 335–343, 2004.

GADELHA, A. M. J. et al. 2002. *Relatório Final do Projeto Estimativa da Carga de Doença do Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-FENSPTEC, 1998.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Revista Paidéia*, 12 (24), p. 149-161, 2003.

GOUVEIA, R.; PALMA, J.J. *SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social*. *Estudos Avançados*, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE - *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, National Academy Press, 2001. Disponível em:

http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf acessado em 03/11/2013

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (5) pp. 2307-2316, 2010.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LOPES, M.M., MARQUES E.R. E MORAES E.F.V. *Atendimento compartilhado em insuficiência cardíaca no Centro de Saúde Jardim Santa Mônica: Relato de Experiência*. Pôster disponível no CS Jd. Santa Mônica. Campinas, SP, 2011.

LORIG, K. *et al. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. 3a Ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

MAGALHÃES JR, H. M. Prefácio. In: Silva S. F. (org.) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. 2ª Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R e Mattos RA (orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), pp. 2297-2305, 2010.

_____. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Revista Saúde em Debate*, ano XXVII, v. 27, n. 65. Rio de Janeiro: CEBES, 2003.

_____. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde. 2007. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhytulio_franco.pdf. Acesso em 25/10/2013

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível online em <http://www.uff.br/>

[saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf](#). Acesso em 15/10/2013.

_____. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2 ed. Campinas, SP : Papyrus, 1987.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy et. al (Orgs). *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*”; no São Paulo:Unicamp/Hucitec, 2003. pp 15- 35

MORAES, P. N. *Gestão colegiada na Atenção Básica: experiência de arranjo em um Centro de Saúde de Campinas (SP)*. Mimeo. Campinas, SP, 2013.

_____. *Avaliação de desempenho como estratégia de gestão do trabalho na Atenção Básica à Saúde: reflexões sobre o discurso normativo do PMAQ-AB e do PAPD de Campinas – SP*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Saúde Coletiva, FCM/UNICAMP. Campinas, SP, 2014.

MORAES, P.N. e IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Revista Saúde em Debate*, v.37, n.98, p. 416-426. Rio de Janeiro: CEBES, 2013.

MOURA, A.H. *et al*. Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Mario Gatti de Campinas. In: CAMPOS GWS. *Saúde Paidéia*. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007a.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde*. Washington, D.C: OPAS, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. 2003. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf. Acesso em 19/09/2013.

_____. Organização Mundial da Saúde. *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. 1ª. ed. Geneva:, 2005.

OMS/UNICEF. Organização Mundial da Saúde / Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Cuidados primários de saúde*. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Cazaquistão. Brasília: Unicef, 1979.

ONOCKO CAMPOS, R.T. e FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.6, p. 1090-1096, 2008.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Volume 377, Issue 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz e Salvador: EDUFBA, 2007.

PALMER, C. *Clinical governance: breathing new life into clinical audit. Advances in Psychiatric Treatment*. Vol. 8, pp. 470–476, 2002.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), pp. 18-25, 2005.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes X modelos ideais. In: Pinheiro R e Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde (orgs.)* 4ª. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. Disponível em: http://www.lappis.org.br/site/images/stories/livros/textos_livros/livro_construcao_cap1_PINHEIRO_LUZ.pdf. Acesso em 23/10/2013.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Vol. 1. Campinas, SP: Papyrus; 1997.

RIGHI, E. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS (Série B. Textos Básicos de Saúde)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ROLAND, M.; CAMPBELL, S.; WILKIN, D. Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement? *Journal of Management in Medicine*. 15 (3), pp. 188-201. Source National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, Manchester, UK, 2001.

SANTOS, L. e ANDRADE, L.O.M. Rede interfederativa de Saúde. In: Silva S. F. (org.) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. 2ª Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SANTOS, L. SUS e a Lei complementar 141 comentada. 2ª Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet* [online]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em 12/02/2012.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SILVA, S.F. e MAGALHÃES JR, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva S. F. (org.) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. 2ª Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SILVA, S.F., SOUTO JR, J.V. e BRÊTAS JR, N. O pacto pela saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: Silva S. F. (org.) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. 2ª Ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SOM, CV. Nothing seems to have changed, nothing seems to be changing and perhaps

nothing will change in the NHS: doctors' response to clinical governance. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 18, Issue: 5, pp.463-477, 2005.

SWEENEY, GM *et al.* Softly, softly, the way forward? A qualitative study of the first year of implementing clinical governance in primary care. *Primary Health Research and Development*. Vol. 3, p. 53-64, 2002.

TAIT, AR. Clinical governance in primary care: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 13 (6) pp. 723-730 Source Lothian Primary Care Trust, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK, 2004.

TEIXEIRA, CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. *Saúde em debate*, 27 (65), pp. 257-77, 2003.

WAGNER, EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract.* 1998; 1: 2-4.

WHO. World Health Organization. 2008–2013: 2008-2013 *action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. Geneva, 2008.

_____. World Health Organization. *Global status report on non communicable diseases 2010*. Geneva, 2011.

Roteiro do grupo focal

Pesquisa: Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada: o trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas (SP) para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Pesquisadora responsável: Erika Fernanda Viana de Moraes

Orientadora: Profa. Dra. Aparecida Mari Iguti (DSC/FCM/UNICAMP)

Funções: (1) Moderador; (2) Observador / operador de gravação; (3) Participante.

Objetivos:

- Identificar o grupo;
- Identificar como a demanda de cuidados das DCNT aparece para esta equipe;
- Identificar as ações ofertadas por essa equipe para lidar com esta demanda;
- Problematizar como a equipe percebeu o desenvolvimento das ações do Projeto Gestão do Cuidado em Rede, tanto na qualificação da clínica da Atenção Básica quanto na reorganização da Atenção Especializada em sua dimensão complementar;
- Identificar as dificuldades em desempenhar o trabalho de cuidar das DCNT na Atenção Básica;
- Compreender a percepção da equipe frente à necessidade de executar o trabalho de cuidar das DCNT como parte de um conjunto muito mais abrangente de atribuições.

Questões geradoras:

1. Como se constituiu esse grupo e que função ele possui dentro do Centro de Saúde?
2. Como se apresenta, no cotidiano do trabalho, a demanda por cuidado às pessoas portadoras de DCNT?
3. Que ofertas a equipe do Centro de Saúde produz para realizar este cuidado?
4. O Projeto Gestão do Cuidado em Rede influenciou a estruturação destas ofertas no Centro de Saúde e nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde de Campinas? De que forma?
5. Quais são as principais dificuldades encontradas na execução deste trabalho de cuidado das pessoas portadoras de DCNT?
6. O trabalho de cuidar das pessoas portadoras de DCNT é parte de um conjunto mais abrangente de atribuições das equipes de Atenção Básica. Como a equipe lida e se sente diante deste conjunto de atribuições, que inclui o cuidado às pessoas portadoras de DCNT?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da pesquisa:

“Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada: o trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas – SP para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.”

Prezado(a) Senhor(a): _____

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa: Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada: o trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas – SP para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; realizada no Centro de Saúde Amadeu Mendes dos Santos.

O objetivo da pesquisa é compreender como os conceitos de Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada são aplicados no trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas – SP, no contexto de cuidado às pessoas com doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A sua participação é muito importante e deverá acontecer em um momento de Grupo Focal, método que consiste na discussão em grupo com temas da pesquisa, com duração de aproximadamente 1h. As conversações serão gravadas e transcritas, mantendo-se o sigilo da identidade dos autores das falas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Asseguramos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e o conteúdo das discussões realizadas. O áudio das gravações será protegido e ouvido apenas pela equipe de pesquisa, e será deletado após a transcrição.

O risco em participar desta está relacionado ao desconforto que o(a) senhor(a) poderá sentir em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos em que possa se sentir incômodo em falar. Como sua participação na pesquisa é voluntária, caso este se sinta desconfortável em algum momento, poderá não responder a alguma questão ou interromper a participação, minimizando os riscos.

A pesquisa tem a finalidade de gerar conhecimento a cerca de tema de relevância e os benefícios poderão ser a aplicação do conhecimento produzido para o aprimoramento das políticas de gestão.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, poderá nos contatar – Erika Fernanda Viana de Moraes, residente à Rua Francisco de Barros Filho, 495, Barão Geraldo, Campinas (SP), telefone (19) 93158623, e-mail erikavianan@yahoo.com.br. Em caso de denúncias ou reclamações referentes ao aspecto ético desta pesquisa deverá ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – Campinas – SP, no telefone (19) 35218936 ou no e-mail cep@fcm.unicamp.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Campinas, 01 de novembro de 2013.

Pesquisadora Responsável: Erika Fernanda Viana de Moraes
RG: 52.990.726 - 4 SSP/SP

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Campinas, ___/___/___

Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada: o trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas e SP para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Pesquisador: Erika Fernanda Viana de Moraes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12438413.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 245.400

Data da Relatoria: 28/03/2013

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem qualitativa, visando à compreensão do trabalho de uma equipe de saúde da família, na cidade de Campinas, SP, no contexto de cuidado aos portadores de DCNT. Para obtenção dos dados serão realizados dois Grupos focais com uma Equipe de Atenção Básica e pesquisa documental. O material será trabalhado a partir da identificação de grupos temáticos, destacando as diferentes percepções e opiniões dos sujeitos.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Compreender como os conceitos de Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada são aplicados no trabalho de uma equipe de Saúde da Família do Distrito Norte de Campinas-SP, no contexto de cuidado às pessoas com doenças Crônicas não Transmissíveis.

Objetivo Secundário:

Definir os conceitos de Cogestão, Gestão Clínica e Gestão Ampliada. Aprender como a equipe de saúde da Família organiza o trabalho cotidiano de cuidado às pessoas com DCNT.

Compreender a utilização dos conceitos em questão na prática de cuidado aos portadores de DCNT na Atenção Básica.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-867
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A fase relativa à coleta de dados deverá acontecer em dois momentos de Grupo Focal, técnica que consiste em encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns.

O estudo não oferece riscos previsíveis para os sujeitos da pesquisa mas existe, no entanto, a possibilidade de que alguns dos participantes sintam-se constrangidos diante de algum tema o que está previsto no TCLE, deixando claro que o sujeito pode a qualquer momento desistir de participar da pesquisa.

A pesquisa poderá gerar conhecimento para o aprimoramento das políticas de gestão em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

Serão incluídos trabalhadores de uma equipe de Atenção Básica do Distrito de Saúde Norte de Campinas-SP de um Centro de Saúde onde tenham sido desenvolvidas as atividades do Projeto Territórios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foram apresentados: folha de rosto com as respectivas assinaturas, projeto de pesquisa gerado pela PlaTAFORMA BRASIL, TCLE e carta de autorização para condução do estudo, da parte da secretaria Municipal de Saúde. todos os documentos estão adequados e atendem às normas da resolução 196-96-MS.

Recomendações:

O TCLE encontra-se anexado ao projeto e esclarece os objetivos da pesquisa ao sujeito. Está adequado aos preceitos da Resolução 196-96.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



CAMPINAS, 15 de Abril de 2013

Assinador por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Autorização da Prefeitura Municipal de Campinas – SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada “Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada: o trabalho de uma equipe de Atenção Básica de Campinas – SP para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.”, que tem por objetivo compreender como os conceitos de Cogestão, Gestão Clínica e Clínica Ampliada e Compartilhada são aplicados no trabalho de uma equipe de Saúde da Família no contexto de cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação - Nível Mestrado Profissional em Saúde Coletiva no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, junto a uma equipe de Atenção Básica do Distrito de Saúde Norte, sob a orientação da Professora Doutora Aparecida Mari Iguti.

Campinas, 01 de março de 2013


Cármino Antônio de Souza
Secretário Municipal de Saúde