



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP  
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

**Versão do arquivo anexado / Version of attached file:**

Versão do Editor / Published Version

**Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:**

Sem URL

**DOI: 0**

**Direitos autorais / Publisher's copyright statement:**

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

## CAPÍTULO 7 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

### **Autores:**

#### **Alana Cristina Guisilini**

Cirurgiã-dentista, Responsável Técnica Programa de Saúde Bucal DSEI Xingu/SESAI/MS, Especialista Saúde Indígena – UNIFESP, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

#### **Aline Amaro Damasceno**

Cirurgiã-dentista – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UNESP/Botucatu, Especialista em Odontopediatria- UEL e Saúde da Família – UNIFESP, Mestranda MP Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP, Docente do Curso de Odontologia Faculdade Cathedral / Boa Vista – RR

#### **Wander Barbieri**

Cirurgião-dentista do Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein-Prefeitura Municipal de São Paulo, Especialista em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública/USP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva- FOP/UNICAMP

#### **Antonio Carlos Pereira**

Docente do Departamento de Odontologia Social FOP UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Pública, FSP USP

## GUIA DO CAPÍTULO

### Objetivos:

A proposta deste capítulo é apresentar e discutir os enfrentamentos dos Sistemas de Saúde e analisar a incorporação de ferramentas para organização da Atenção à Saúde no Brasil e como estas podem contribuir para um redirecionamento dos serviços ofertados frente as mudanças sociais e epidemiológicas do século XXI.

### Conteúdo Programático:

1. Considerações iniciais
2. Panorama dos Sistemas de Atenção à Saúde
3. Modelos de Sistemas de Saúde
4. Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da organização da atenção
5. Ferramentas para organização da Atenção em Saúde
6. Projeto Geração Sem Cárie
7. Considerações Finais
8. Bibliografia

### Leitura Obrigatória:

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.  
Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009. 871p.

### Leitura Complementar:

Mendes EV. 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.

#### Leitura de Artigos:

Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011; 21(1): 197-215.  
Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais e modelos de atenção. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(Suppl 3): 154-60.

### Atividade Recomendada:

- Faça uma entrevista com o secretário de saúde ou gerente de unidade de saúde e descreva como o município organiza o sistema de saúde de forma crítica

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No livro “COLAPSO – Como as sociedades escolhem os fracassos ou o sucesso”, de Jared Diamond, o autor mostra, sem emitir juízo de valor, como sociedades antigas e bem organizadas, como os Maias, Polinésios e povos da Ilha de Páscoa e Groenlândia Nórdica entraram em colapso após exaurirem seus recursos naturais. Tal colapso também foi estimulado por mudanças climáticas e a reação da população frente à escassez desses recursos, causando nos casos mais extremos a emigração e a morte de toda a população, antecidos pela desestruturação política e perda de identidade cultural.

Nos tempos atuais, em meio à crise hídrica, percebemos que as sociedades contemporâneas pouco aprenderam com o valioso banco de dados do passado. Continuamos esgotando nossos recursos e estamos pouco dispostos a alterar nossos padrões de consumo frente a essa escassez. Transportando o conceito de esgotamento de recursos para a área da Saúde, onde as necessidades são crescentes e ilimitadas e a incorporação de novas tecnologias tem caráter cumulativo e não substitutivo, é preciso uma reflexão crítica sobre a eficiência, efetividade e resolutividade dos serviços de atenção frente aos principais problemas de saúde da população.

## 2. Panorama dos Sistemas de Atenção à Saúde

Os sistemas de atenção à saúde são definidos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), como um conjunto de atividades cujo propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população. Eles não são estáticos e estão em constante processo de construção e desenvolvimento, acompanhando as mudanças sociais e culturais das sociedades, com o objetivo de garantir o bom estado de saúde de suas populações.

Atualmente, os sistemas de atenção à saúde enfrentam uma crise, que se manifesta em diferentes graus em todo o mundo. Esta é decorrente de mudanças nos padrões de nutrição e relações de trabalho das sociedades modernas. É também uma incoerência entre a situação de saúde causada pela transição demográfica, representada pelo envelhecimento da população, e de transição epidemiológica, de aumento das condições crônicas, em países desenvolvidos e da coexistência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e condições crônicas, nos países em desenvolvimento, e o modo como estão estruturados os sistemas de saúde, voltados às necessidades das populações (Mendes, 2011).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Organización Panamericana de la Salud, 2010) resume e destaca as seguintes causas para a crise dos modelos assistenciais hegemônicos: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração.

Assim, a crise observada na área da Saúde pode ser explicada por um descompasso entre os arranjos estruturais e organizativos dos modelos de atenção diante da velocidade dessas transformações epidemiológicas e sociais, visto que para enfrentamento das condições crônicas ainda emprega-se as ferramentas disponíveis, que foram desenvolvidas para as condições agudas (Mendes, 2002b).

Faz-se necessário atentar-se ainda para o fato de que o incremento das chamadas doenças e agravos crônicos não transmissíveis – a carga de doença no Brasil, dentro da transição epidemiológica, pode ser considerado fruto da negligência dos órgãos responsáveis pela assistência a saúde, quando estes ignoram, e continuam a ignorar o uso de ferramentas da ciência epidemiológica para planejamento da agenda da saúde com ênfase em ações preventivas, visto que doenças e agravos crônicos não transmissíveis são passíveis de prevenção, com relevante baixo custo quando comparado ao tratamento (Malta et al., 2006; Araújo, 1992).

Neste sentido, podemos comparar os fatores formulados por Diamond para o colapso das sociedades, com os problemas que implicam na crise dos sistemas de saúde. Enquanto o autor elenca os danos ambientais como possíveis causas para o colapso, na área da saúde destacamos problemas estruturais e conjunturais, como o subfinanciamento do sistema, a desarticulação nas redes de atenção e a política de recursos humanos. Podemos comparar a mudança climática, com a transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo de forma abrupta nos países em desenvolvimento e a carga de doenças associadas a essas mudanças. Comparando à vizinhança hostil também citada, podemos discorrer sobre a falta de articulação e horizontalidade nas ações intersetoriais, o isolamento dos níveis de atenção e a falta de suporte político e social da população. Por fim, a falta de corresponsabilidade e a baixa propensão do paciente às mudanças de comportamentos poderiam ser classificados como a resposta da sociedade para o enfrentamento de problemas.

Quadro 1: Comparação entre os possíveis fatores que podem levar a sociedade e o setor saúde ao colapso.

Colapso das Sociedades	Colapso do Setor Saúde
Danos ambientais	Subfinanciamento; Desarticulação das redes de atenção; Política de recursos humanos
Mudanças Climáticas	Transição demográfica e epidemiológica
Vizinhança Hostil	Falta de articulação e horizontalidade nas ações intersetoriais; Isolamento dos níveis de atenção; Falta de suporte político e social da população.
Resposta da sociedade para o enfrentamento de problemas.	Ausência de corresponsabilidade do paciente ao tratamento; Baixa propensão do paciente às mudanças de comportamentos

Fonte: Adaptado de Diamond, 2007.

Um exemplo prático deste descompasso são as consultas médicas e odontológicas na atenção primária, que são episódicas e reativas, pois foram organizadas para atender problemas agudos da população, e hoje, frente às doenças (e condições) crônicas, já não apresentam a mesma capacidade de benefício. Isto pode ser explicado pela organização dos serviços de saúde que foi desenvolvida no início do século XX, com forte influência do modelo biomédico e teoria bacteriológica de Pasteur e Koch, onde os agentes infecciosos e os mecanismos de transmissão explicavam o adoecimento. Com essa mudança de paradigma, a história social da doença perdeu espaço e os hospitais, aliado ao modelo biomédico hegemônico, apresentaram posição central na organização dos serviços de saúde (Campos, 2009).

Além disso, o manejo terapêutico para os pacientes crônicos é baseado na maioria das vezes pela avaliação de necessidades normativas, sem levar em conta as necessidades percebidas e propensão do paciente à mudanças de hábitos e comportamentos, acarretando em um tratamento prescritivo, dissociado da realidade e anseios do usuário e, portanto, com baixa capacidade de benefício (Pinto, 2013). Assim, a assistência de saúde pública no país apresenta um panorama conflituoso, já que há predominância do modelo hegemônico biomédico e hospitalocêntrico, com a prática de campanhas ou programas para patologias específicas e, na base da pirâmide, o movimento para a reformulação da atenção primária à saúde, pautado

na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde assistência multiprofissional, práticas alternativas, a corresponsabilização do sujeito e a intersetorialidade são entendidos como fundamentais (Bonfada et al., 2012).

### 3. Modelos de Sistemas de Saúde

Os Sistemas de Saúde podem ser divididos em sistemas fragmentados e de rede de atenção à saúde.

#### 3.1 Sistema Fragmentado (Modelo hierárquico de atenção à saúde)

Os sistemas de atenção à saúde fragmentados são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados em que não há comunicação entre os níveis de atenção sendo, portanto, 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. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não é a coordenadora do cuidado e os profissionais não conseguem exercer a linha de cuidado integral com o paciente. As unidades de pronto atendimento, ambulatorial e hospitalar têm por objetivo atender a demanda espontânea e realizar intervenções curativas e reabilitadoras. O modelo é médico assistencial privatista e o usuário é passivo no seu tratamento (Mendes, 2011).

No sistema fragmentado existe uma forma de organização hierárquica, com níveis de complexidade de atenção crescentes, fazendo a atenção básica parecer menos complexa do que os outros níveis de atenção, que utilizam maiores densidades tecnológicas (Figura.1).

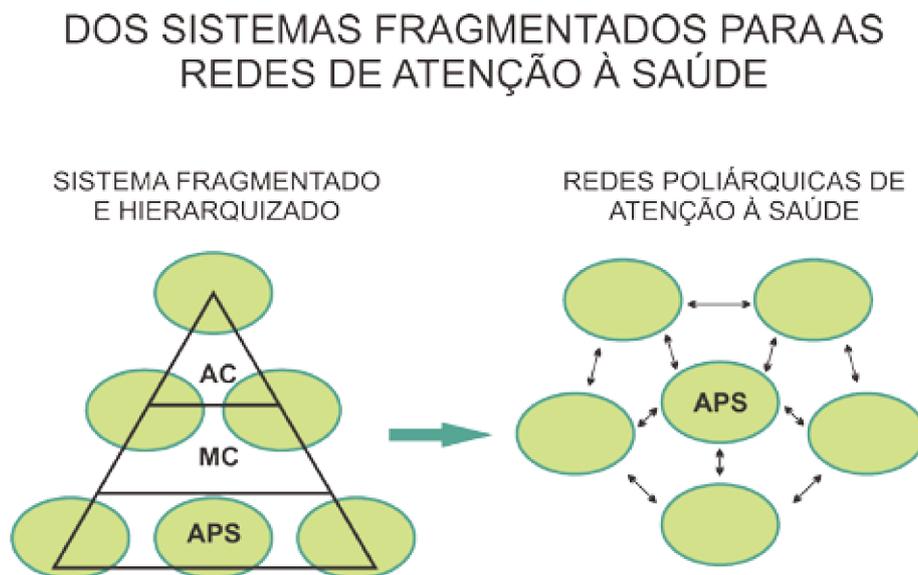


Figura 1: Apresentação da mudança do modelo de sistema hierárquico em formato de pirâmide, para o modelo de sistema poliárquico, em uma rede horizontal integrada, organizada a partir de um centro de comunicação, a atenção primária à saúde, representada pelo círculo central.

Fonte: Mendes, 2011.

### 3.2 Redes de Atenção (Modelo Poliárquico de atenção à saúde)

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua, integral e humanizada a população.

Nas redes de atenção à saúde os níveis de atenção se relacionam horizontalmente e implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, gerando uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, sendo a atenção primária à saúde a coordenadora deste cuidado (Mendes, 2011).

As redes de atenção à saúde podem ser organizadas de forma a concentrar alguns tipos de serviços e dispersar outros. Desta forma, os serviços de atenção primária à saúde podem ser dispersos (bairros e municípios) e os serviços de densidade tecnológica maior podem ser concentrados (maiores centros urbanos), facilitando assim a organização e distribuição de acordo com as necessidades epidemiológicas e demográficas de cada localidade (OMS, 2010).

Uma proposta de solução para o problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde atual, com predominância das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde, através da mudança do sistema fragmentado vigente para as redes de atenção à saúde (Mendes, 2012).

## 4. Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da organização da atenção

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) pode ser denominada como o eixo estruturante da atenção à saúde, sendo uma estratégia de organização e de reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (Starfield, 2002).

Atualmente é evidente seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde, tendo o Brasil alcançado reconhecimento internacional pela implantação bem-sucedida da Estratégia Saúde da Família (Gondim et al., 2011).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária em Saúde, apesar de ser o primeiro nível de atenção, tem como função a organização e integração das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nas redes de atenção à saúde. Deve garantir a coordenação e a continuidade do cuidado, tendo como atribuições: a garantia de acesso, a porta de entrada, a longitudinalidade, o elenco integral de serviços, a coordenação de serviços e o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

Porém, esta forma de organização em que a oferta de serviços é hierarquizada em três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), não consegue abranger as necessidades da atenção integral à saúde, por ser focada em recortes populacionais de acordo com seus agravos. Percebe-se então, a fragmentação da atenção e descontinuidade da assistência, gerando baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção e dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde (Gondim et al., 2011).

Essa fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente são reflexos do modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nos serviços de saúde, sendo que os serviços somente se responsabilizam pelos usuários enquanto estão dentro de seu espaço físico (Cunha e Campos, 2011).

Diante do exposto observa-se a necessidade de ampliação da visão sobre os determinantes dos problemas de saúde e discussões sobre a prática de uma clínica ampliada para a construção de novos modos de produção em saúde (Campos e Guerrero, 2008), sendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser um local privilegiado para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde da população (Matsuda, 2008).

A definição de Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS), segundo a Organização Mundial da Saúde abrange: "A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tomadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WHO, 1978).

A seguir, serão apresentados exemplos de ferramentas que vem sendo incorporadas na organização da Atenção à Saúde: clínica ampliada, gestão da clínica, autocuidado apoiado, gestão da condição de saúde, gestão de caso. E, ainda, a forma como essas ferramentas de gestão podem contribuir para um redirecionamento dos serviços ofertados diante das mudanças sociais e epidemiológicas do século XXI.

## 5. Ferramentas para organização da Atenção em Saúde

### 5.1. Clínica Ampliada

Novas concepções sobre o processo saúde/doença, através da ampliação dos determinantes de saúde para as relações naturais e sociais, remetem-nos ao desafio de repensar a prática clínica hegemônica, reconhecendo suas limitações, porém não negando sua contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Carvalho e Cunha, 2009).

A Clínica Ampliada é um trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e seu contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, de sua família e de sua comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição da clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (Brasil, 2006).

Neste sentido, a clínica ampliada propõe uma mudança das práticas atuais de saúde, que traduzem a excessiva ênfase no componente orgânico do processo saúde/doença, fazendo com que os profissionais foquem seu objeto de trabalho na doença e não nas pessoas doentes, o que gera um tipo de desresponsabilização para tudo que não seja a doença. A baixa adesão aos tratamentos, a existência de pacientes

poliqueryosos e a dependência dos usuários em relação aos serviços evidenciam os limites da prática clínica centrada na doença (Carvalho e Cunha, 2009).

Hoepfner (2010) destaca que: “a proposta da Clínica Ampliada surge na contramão das práticas tradicionalmente desenvolvidas de redução dos sujeitos, com recortes diagnósticos ou burocráticos. Vem com o propósito de ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ao mesmo tempo reconhecendo e utilizando seu potencial de saberes, para relacionarem-se com os sujeitos enquanto protagonistas do seu próprio projeto terapêutico. Ela é um compromisso ético e radical com o sujeito doente, visto de modo singular em suas diferenças. A proposta então é a do trabalho em equipe para lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multiplicidade de fatores envolvidos no processo do adoecer”.

Desta forma, a clínica que tem uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que tem como objeto de ação sujeitos singulares, demanda um atendimento integral e a elaboração de projetos terapêuticos específicos, que objetivem qualificar as respostas às necessidades dos usuários (Carvalho e Cunha, 2009).

Campos tem divulgado a proposta de “cogestão da clínica”, que procura compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/ organização e clínico/equipe visando obter condições mais favoráveis para a efetivação da clínica ampliada (Campos, 2003). Esta tem como fundamentos a valorização dos aspectos sociais e subjetivos, sendo mais adequada para enfrentar as singularidades presentes no trabalho em saúde. Nessa proposta, é dada ênfase à participação do paciente como sujeito do processo de cuidado à saúde. Para incorporação dos conceitos de gestão da clínica nas organizações de saúde, são utilizadas as estratégias de atuação multiprofissional em visitas clínicas; criação de equipes de referência para um conjunto de pacientes; elaboração de projetos terapêuticos singulares para casos e situações mais complexas, e matriciamento das equipes.

Há na atualidade a necessidade de incorporação de modelos inovadores de atenção, pela produção de tecnologias leves, relacionais, de modo a permitir que as equipes de saúde ampliem sua capacidade de lidar com as necessidades de saúde dos usuários, com a produção de um cuidado integral à saúde (Merhy et al., 2003). Para isso, a clínica deve ser ampliada, enriquecida por novos referenciais, desenvolvendo a corresponsabilidade dos usuários dentro da ótica do autocuidado.

Quadro 2: Caracterização do Modelo tradicional e Clínica Ampliada.

<b>Modelo Tradicional</b>
Baixa capacidade resolutive e poucos instrumentos para compreender e agir sobre os determinantes que interferem no processo saúde-doença;
Redução da complexidade dos problemas ambulatorio de consultas; Processo automatizado no cumprimento de tarefas;
Práticas centralizadas no profissional médico
Formação de equipes territoriais (visão territorial); formação de equipes multiprofissionais (olhar transdisciplinar);
Compreensão do sujeito em seu contexto e compromisso com o sujeito e não com a sua doença;
Constituição de redes de cuidado; articulação entre diferentes níveis do sistema;
Criação de vínculo entre profissionais e usuário

Fonte: Campos, 2009.

**Curiosidade:**

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUHOvLecyXo>

## 5.2. O Autocuidado Apoiado

O autocuidado apoiado pode ser explicado como o empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde e o autogerenciamento da atenção à saúde prestada (Mendes, 2012), através de ações preventivo-educativas e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas. Isto inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (Institute of Medicine, 2003). Seu foco principal está em apoiar as pessoas para que se tornem agentes produtores sociais de sua saúde.

Os principais objetivos do autocuidado apoiado são estimular as habilidades dos portadores de condições crônicas para conhecerem os seus problemas e escolherem seus tratamentos; para adotarem, mudarem e manterem comportamentos que contribuam para a sua saúde; para utilizarem os recursos necessários para o suporte às mudanças.

Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências de que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada na atenção profissional. Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem (Singh, 2005).

O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde (Department of Health, 2005).

Há estudos que mostram que a atenção profissional aos portadores de condições crônicas consome poucas horas durante um ano. Um estudo do Departamento de Saúde do Reino Unido concluiu que o autocuidado apoiado diminui: 40% das consultas ao médico de APS; mais de 50% dos atendimentos de urgência; 50% das internações hospitalares; 50% da taxa de permanência em hospitais; 50% no absenteísmo no trabalho; e a utilização de medicamentos (Department of Health, 2005). Há evidências de que o autocuidado apoiado, aplicado na APS, permite obter resultados sanitários positivos e melhora na satisfação das pessoas usuárias (Barlow et al., 2001; Lorig et al., 2006).

Avaliando a experiência de implantação de um novo modelo de atenção em algumas UBS no município de Curitiba, Moysés evidenciou que boa parte das pessoas que frequenta as Unidades Básicas de Saúde se beneficia mais efetivamente caso participem continuamente de grupos colaborativos e apoiadores para o autocuidado, do que simplesmente realizando as consultas médicas individuais regulares (Moysés et al., 2013).

A atenção à saúde na ESF é fortemente centrada na atenção profissional e, dentro dela, no cuidado do médico, do cirurgião-dentista e do enfermeiro. Isso sobrecarrega a agenda desses profissionais e torna o sistema ineficiente pelo uso do sistema por usuários com riscos menores que poderiam estar com uma

atenção multiprofissional focada no autocuidado apoiado, com melhores resultados e com um uso mais eficiente dos recursos, como indicam alguns estudos já citados. A importância do Técnico em Saúde Bucal (TSB) na atenção odontológica em gestantes baseando-se no Autocuidado Apoiado foi comprovado por Faquim (Faquim et al., 2013), onde as ações educativas e preventivas são responsáveis pela resolutivez em mais de 70% dessa subpopulação. Para que o autocuidado se dê com efetividade, é necessário abandonar o paradigma de interações tradicionais e assumir um paradigma de interações colaborativas (Mendes, 2012).

A implantação dos princípios do autocuidado apoiado na rotina clínica determinará melhorias na qualidade da atenção e nos resultados sanitários e econômicos dentro dos sistemas de atenção em saúde.

Quadro 3: Objetivos do autocuidado apoiado na Atenção Primária

OBJETIVOS DO AUTOCUIDADO APOIADO
Empoderamento das pessoas para assumirem responsabilidades por sua saúde
Autogerenciamento da atenção à saúde prestada
Monitoramento regular das condições de saúde, suporte para a solução desses problemas
Estabelecimento de metas a serem alcançadas
Suporte para a solução dos problemas de saúde

Fonte: Adaptado de Mendes, 2012.

### 5.3 Gestão da Clínica

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada (Mendes, 2011). Incorpora a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos da atenção e uma visão contemporânea de auditoria clínica, intimamente vinculada a uma cultura de qualidade dos serviços de saúde.

A gestão da clínica constitui-se das tecnologias sanitárias que partem das diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde e da de gestão de caso.

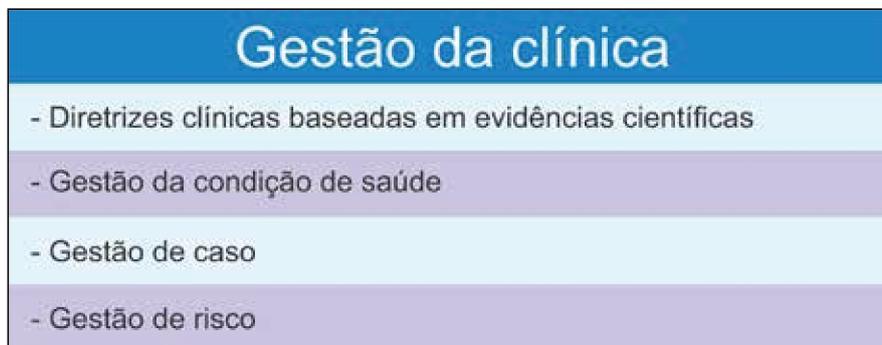
O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica (Mendes, 2011). As diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade. Seus objetivos são: melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade

da atenção à saúde provendo serviços efetivos, eficientes e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento (Campbell et al., 1998). Todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas.

Em geral, o processo de priorização das condições de saúde envolve: as condições de saúde consideradas como prioritárias nas políticas de saúde; as áreas de incerteza clínica; as condições para as quais existam intervenções efetivas que podem reduzir a mortalidade e a morbidade; as condições iatrogênicas e as necessidades percebidas por diferentes atores sociais da saúde para uma determinada diretriz clínica (Harbour, 2008).

Estudos mostraram que a introdução das diretrizes clínicas pela educação, baseada em problemas, teve impacto favorável em programas de controle de asma e de diabetes (Feder et al., 1995), e que a incorporação das diretrizes clínicas em prontuários eletrônicos aumentou a adesão de médicos da APS a essas diretrizes clínicas (Ruoff, 2002). Uma revisão sistemática realizada com base em duas outras revisões, cinco ensaios clínicos randomizados e três estudos avaliativos de utilização de diretrizes clínicas nas condições crônicas verificou que métodos educacionais ativos e focados encorajam os profissionais de saúde a seguir essas diretrizes (Singh, 2005).

Quadro 4: Tecnologias de Gestão da Clínica



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

#### Curiosidade

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=Sg5imaPaKWk>

## 5.4 Gestão da Condição de Saúde

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, diabetes e outros) em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras),

por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (Mendes, 2012).

A gestão da condição de saúde estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde (Mendes, 2012). A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

O Programa Mãe Curitibana, lançado em 1999, é um bom exemplo de melhoria de eficiência da atenção baseada na construção de uma rede integrada de serviços, com foco na estratificação de risco e na vinculação do usuário ao sistema de saúde na cidade, atuação sobre fatores de risco comuns e a identificação de grupos vulneráveis para atenção priorizada (Moysés et al., 2013).

## 5.5 A Gestão de Caso

A gestão de caso (*case management*) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar (Mendes, 2012).

A gestão de caso persegue vários objetivos: advogar as necessidades das pessoas usuárias e de suas famílias; aumentar a satisfação das pessoas usuárias e de suas famílias; estimular a adesão aos cuidados prescritos nas diretrizes clínicas; ajustar as necessidades de saúde aos serviços providos; assegurar a continuidade do cuidado na RAS; reduzir os efeitos adversos das intervenções médicas; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, as pessoas usuárias dos serviços e suas famílias; melhorar a comunicação e a colaboração na equipe de profissionais de saúde; incrementar a qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas; estimular o autocuidado; monitorar os planos de tratamento, a reabilitação e as ações paliativas; e avaliar as altas de serviços e prevenir as internações sociais.

A gestão de caso deriva, em grande parte, da Lei da Concentração da Severidade das Condições de Saúde e dos Gastos com Serviços de Saúde, formulada por Roos, Shapiro e Tate (Roos et al., 1989). Este estudo preconiza que “uma pequena minoria de portadores de condições de saúde muito complexas é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Esse padrão tem sido encontrado em todos os grupos de idade e tem se mostrado consistente ao longo do tempo”. Essa afirmativa sustenta que os doentes mais graves e mais custosos são poucos na população geral. Mais importante, essas pessoas são as que mais sofrem. Por consequência, uma atenção especial e singular deve ser dada a esses portadores de condições de saúde muito complexas, não só por problemas de custos, mas, sobretudo, por razões sanitárias e humanitárias. Os portadores de condições crônicas muito complexas, elegíveis para a gestão de caso, podem variar de 1% a 3% ou de 1% a 5% (Mendes, 2012). Pesquisa realizada na Unimed de Minas Gerais mostrou que 10% de seus clientes concentraram 65,7% dos gastos totais dessa operadora de planos de saúde em 2006 (Oliveira et al., 2008).

As pessoas que necessitam da gestão de caso, em geral, são aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades; as que utilizam polifarmácia; as que apresentam problemas de alta dos serviços; as que apresentam baixa adesão ao tratamento prescrito; as que são atingidas por danos catastróficos; as que são desprovidas de condições para o autocuidado; as que apresentam graves problemas familiares e vulnerabilidade social; e as que são desprovidas de redes de suporte social. Algumas indicações adicionais podem ser feitas: as pessoas que vivem só; os idosos frágeis; as pessoas com readmissões hospitalares sucessivas; as pessoas portadoras de distúrbios mentais graves; as pessoas que apresentam evidências de algum tipo de abuso; os moradores em situação de rua; e as pessoas em estágio de pobreza extrema.

Resultados positivos da gestão de caso já são reconhecidos: evita problemas potenciais com a adoção de medidas preventivas; evita os casos de urgência por agudização da condição crônica; diminui as hospitalizações desnecessárias; evita as internações sociais; prevê um contato duradouro e humano com as pessoas; e monitora as intervenções médicas, reduzindo os eventos adversos. Evidências de boa qualidade mostram que a gestão de caso apresenta resultados sanitários e econômicos positivos quando utilizada na APS (Fitzgerald et al., 1994; Ferguson e Weinberger, 1998; Gensichen et al., 2011).

Apesar de todas as evidências coletadas internacionalmente sobre os benefícios da gestão de caso, essa tecnologia de gestão da clínica não é utilizada, significativamente, na Atenção Primária. Essa é uma das maiores questões que se coloca para a adequação da ESF para responder ao desafio das condições crônicas (González et al., 2003). As pessoas que mais sofrem e que implicam maiores gastos, sem a gestão de caso, não terão uma abordagem humanizada, resolutiva e eficiente.

A incorporação progressiva de outras categorias profissionais como nutricionistas, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas na gestão dos casos de maior complexidade garantem uma retaguarda essencial para a qualificação da atenção e para a estruturação de um modelo de atenção às condições crônicas nas Unidades Básicas de Saúde.

Após mostrar algumas ferramentas de tecnologia do cuidado que podem ser aplicadas na organização da atenção em saúde, descreveremos uma aplicação prática de algumas dessas ferramentas numa experiência de reorganização do atendimento odontológico numa Unidade de Saúde da Família localizada na região sul de São Paulo, SP. A experiência descrita a seguir apresenta um modelo de atendimento integrado e contínuo (AIC) em crianças de 0 a 6 anos e seus pais, desenvolvido pela ESB da UBS Paraisópolis I.

## 6. Experiência: Projeto Geração Sem Cárie (PGSC)

Esse projeto foi idealizado pela Equipe de Saúde Bucal da UBS Paraisópolis I para a introdução do conceito do Atendimento Integrado e Contínuo (AIC). O AIC é a adaptação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (Mendes, 2012) na Atenção em Saúde Bucal. Seu papel é fundamental para garantir a introdução das novas tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso e de gestão da clínica, propostas por meio de diretrizes clínicas, baseadas nas melhores evidências disponíveis. A escolha inicial por crianças em idade pré-escolar deve-se a baixa cobertura da atenção odontológica nessa faixa etária. Além disso, ações nessa idade trazem relação de continuidade com as ativida-

des educativas e preventivas realizadas durante a gestação. A criação e planejamento do PGSC teve início no primeiro semestre de 2015 através de reuniões entre a equipe para o desenho do fluxograma de atendimento de crianças de 0 a 6 anos do território. O objetivo desse programa foi ampliar o acesso de crianças de idade pré-escolar e seus responsáveis para o atendimento odontológico através do AIC, sob a ótica da clínica ampliada (atuação transdisciplinar, abordagem individual e coletiva, ações preventivas e procedimentos clínicos direcionados para a prevenção), seguindo a metodologia dos 5 A do Autocuidado Apoiado (Avaliação, Acordo, Aconselhamento, Assistência, Acompanhamento) e as ferramentas de Gestão da Clínica (Diretrizes clínicas, Gestão da Condição de Saúde, Gestão de Caso).

Para isso, foi desenvolvido um cronograma de atendimento durante o ano. Os períodos de janeiro a maio e de julho a novembro são destinados à convocação de todas as crianças em idade pré-escolar da área adscrita pela UBS Paraisópolis I, avaliação de necessidades e atenção odontológica. Os meses de junho e dezembro são reservados para planejamento, análise de dados e ajustes no programa, se necessário. O objetivo é oferecer acesso a todas as crianças adscritas no período de 5 meses, sendo os períodos prospectivos para consultas de acompanhamento e incorporação de novas crianças ao programa.

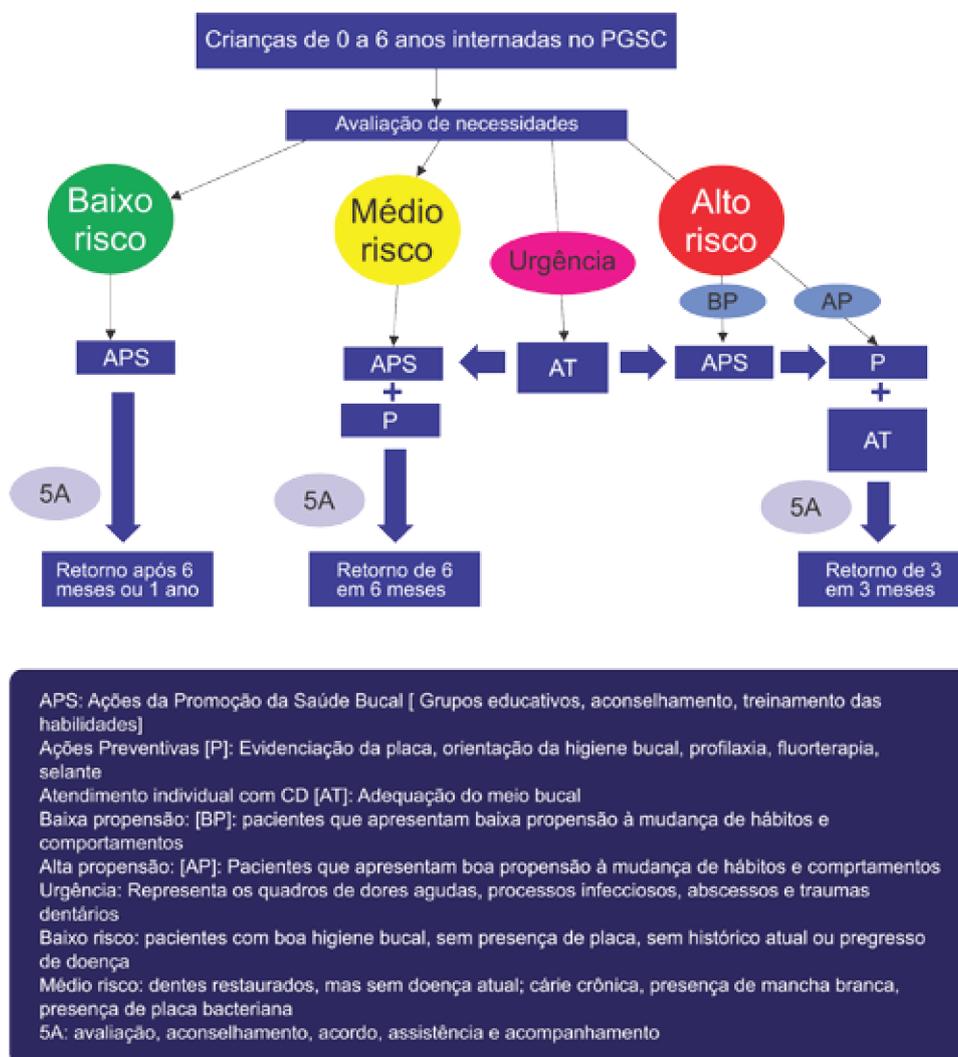


Figura 2: Fluxograma de atendimento odontológico em crianças de 0 a 6 anos (UBS Paraisópolis I, São Paulo, 2015).  
Fonte: Comunicação pessoal dos profissionais da UBS Paraisópolis I

O tipo de atendimento realizado e a periodicidade dos retornos são condicionados pela avaliação de necessidades, estratificação de risco e propensão da família ao tratamento. Para isso, foi desenvolvido o fluxograma do PGSC (Figura 2). Os pacientes classificados como de baixo e médio risco são conduzidos ao atendimento centrado no Autocuidado Apoiado (5A) e atendimento realizado pela equipe auxiliar, e com consultas de acompanhamento mais espaçadas. As crianças com alto risco tem seu tratamento centrado no atendimento profissional realizado pelo Cirurgião-Dentista e conduzido ao fluxo do Autocuidado Apoiado, com maior frequência de consultas de acompanhamento (consultas trimestrais).

Crianças que apresentam condições de alto risco são acompanhadas pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e crianças que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam boa propensão para se manterem controladas, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Em crianças menores de 1 ano, foram elencados como critérios para a estratificação de risco (baixo, médio e alto) o grau de escolaridade e a avaliação de risco da mãe para doenças bucais.

O programa ocupa 4 horas semanais da agenda de cada ESB, correspondendo a 10% da carga horária, dividido em 2 encontros semanais de 2 horas. Exemplo: Terças-feiras das 13 às 15 h e quintas-feiras das 10 às 12 h. Em cada encontro a equipe recebe crianças de 0 a 6 anos de 50 famílias de 2 microáreas (Exemplo: crianças correspondentes às famílias de 1 a 50 das microáreas 1 das equipes amarela e dourada). No mês seguinte, as próximas famílias convocadas serão de 51 a 100, e assim sucessivamente, até completar o ciclo de 5 meses. Vale lembrar, que na UBS Paraisópolis I a proporção de ESF para ESB é de 2:1.

Nesses encontros, baseados no AIC, são realizadas orientações sobre o objetivo do programa, cuidados em saúde bucal e avaliação de necessidades. Após essa avaliação as crianças passam por um fluxo de atendimento conforme seu grau de risco. Essa estratificação de risco é importante para um melhor direcionamento e organização dos serviços odontológicos, permitindo uma melhor otimização do tempo, aumento de cobertura e fortalecimento de equidade. Após os primeiros 5 encontros, os próximos encontros do mês serão destinados às atividades educativas, reforço da técnica de escovação, ações preventivas e atendimento individual, conforme estratificação de risco.

Essa estratificação foi baseada na avaliação de risco para cárie dentária do Estado de São Paulo, com algumas adaptações. O Risco B, considerado de Baixo Risco foi classificado como de Médio Risco em nosso programa, pois entendemos que um acesso prévio ao tratamento restaurador não é garantia de controle dos fatores de risco relacionados à doença.

O PGSC tem como característica o acompanhamento e monitoramento das crianças em idade pré-escolar, com enfoque preventivo, para a incorporação de hábitos mais saudáveis através de uma abordagem transdisciplinar, aproximando os demais profissionais da ESF para a identificação de fatores de risco comuns. Para o sucesso do modelo de cuidado, o projeto deve basear-se em alguns princípios:

- Decisões baseadas em evidências: O planejamento dos serviços e o gerenciamento clínico das condições bucais devem ser baseados em evidências científicas.
- Enfoque na Promoção e na Prevenção: Aumento relativo das atividades preventivas e promotoras de saúde, baseando-se em estratégias populacionais direcionadas e abordagem dos fatores de risco comuns.
- Enfoque na qualidade, eficiência e efetividade: Deve garantir a utilização adequada de recursos e maior resolutividade. Deve causar impacto positivo nos níveis de saúde da população, reduzindo procedimentos mais caros e complexos e diminuindo custos.

- Garantia da equidade: Através da estratificação de risco e identificação de grupos mais vulneráveis.

Quadro 5: Roteiro de elaboração do PGSC

Identificação do projeto	Projeto de acompanhamento e monitoramento de crianças de 0 a 6 anos, através do Atendimento Integrado e Contínuo (AIC)
Diagnóstico Situacional	- Lacuna entre a atenção odontológica em gestantes e em crianças em idade escolar; - Atendimento odontológico em crianças centrado em consultas episódicas, reativas e baseadas em queixa-conduta; - Ausência de ações educativo-preventivas nessa faixa etária.
Objetivo Geral	Redução da cárie dentária em crianças de 0 a 6 anos.
Objetivos Específicos	- Aumento do acesso de crianças ao atendimento odontológico; - Redução de procedimentos invasivos e aumento de ações preventivas; - Melhor monitoramento das doenças bucais; - Aumento da eficiência, qualidade e efetividade dos serviços odontológicos.
Estratégias Operacionais	- Estratégia populacional direcionada; - Abordagem dos fatores de risco comuns; - Estratificação de risco; - Autocuidado apoiado; - Gestão da clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso.
Resultados esperados (Metas)	- Melhora da qualidade no cuidado; - Aumento das ações preventivas; - Melhora dos indicadores.

Fonte: Roteiro baseado no capítulo "Planejamento" do livro "Saúde Bucal Coletiva" (Pinto, 2013).

Uma mudança brusca no modelo de atenção pode trazer muito mais problemas do que benefícios em curto prazo. Portanto, qualquer intervenção no processo de trabalho deve ser implantada inicialmente de forma experimental, com a criação de metas e ferramentas de avaliação dos objetivos propostos.

Em resultados preliminares, a mudança do modelo de cuidado ocupando apenas 10% da agenda programada (4 horas), apresentou um aumento de acesso de 25% ao subgrupo de crianças, com incremento das ações preventivas e promotoras da saúde, diminuição de procedimentos invasivos, otimização do tempo e do processo de trabalho e redução do número de consultas por paciente.

## 7. Considerações Finais

Os obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios do SUS, tais como o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde, o descompasso entre oferta e demanda e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde, constituem desafios importantes que devem ser considerados na reformulação dos ser-

viços em saúde. A implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde deve trazer à APS a função de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção.

Para isso, iniciativas de reorientação do cuidado, através da gestão da clínica e gerenciamento dos agravos em saúde, objetivando o manejo das condições crônicas, são ferramentas imprescindíveis no enfrentamento dos problemas provenientes da nova e futura conjuntura política, social e epidemiológica.

## 8. REFERÊNCIAS

- Barlow JH, Williams B, Wright CC. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Educ Couns*. 2001; 44(3): 205-14.
- Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(2): 555-60.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998; 316(7125): 133-7.
- Campos GWS. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.
- Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009. 871p.
- Carvalho SR, Cunha GT. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009.
- Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011; 20(4): 961-70.
- Diamond J. *Colapso: como as sociedades escolhem o fracasso ou o sucesso*. 5. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.
- Department of Health. *Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care* [internet]. London: Department of Health; 2005 [acesso 2015 jun 06]. Disponível em: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20061023110946/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh\\_4104389](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20061023110946/dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4104389)
- Faquim JPS, Barbieri W, Frazão P. *O técnico em saúde bucal no cuidado da gestante*. Uberlândia: Ed. dos Autores; 2013.
- Feder G, Griffiths C, Hiton C, Eldridge S, Spence M, Southgate L. Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *BMJ*. 1995; 311(7018): 1473-8.
- Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med*. 1998; 13(2): 123-6.
- Fitzgerald JF, Smith DM, Martin DK, Freedman JA, Katz BP. A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch Intern Med*. 1994; 154(15): 1721-9.

- Gensichen J, Guthlin C, Kleppelb V, Jager C, Mergenthalb K, Gerlach FM, et al. Practice-based depression case management in primary care: a qualitative study on family doctors perspectives. *Fam Pract.* 2011; 28(5): 565-71.
- Gondim R, Bomfim RLD, Grabois V, Campos CEA, Gribel EB. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação dos gestores do SUS*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD; 2011. p. 93-120.
- González RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sasaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerencia de caso: un nuevo enfoque en el cuidado a la salud. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(2): 227-31.
- Harbour RT, editor. *Sign 50: a guideline developer's handbook*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
- Hoepfner AMS. A clínica do sofrimento ético-político como uma proposta de intervenção na clínica ampliada e compartilhada. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. v.2, p.75-91.
- Institute of Medicine. *Priority areas for national action: transforming health care quality*. Washington: The National Academies Press; 2003.
- Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. *Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. 3. ed. Boulder: Bull Publishing Company; 2006.
- Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15(1): 47- 65.
- Matsuda A. Prática de saúde coletiva na atenção primária à saúde. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.179-205.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Mendes EV. *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.
- Mendes EV. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002b. 176p.
- Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- Moisés ST, Silveira Filho AD, Moisés SJ, organizadores. *Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS alvoreada em Curitiba, Paraná*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2013.
- Oliveira PJ, Campos EF, Gontijo MCF. Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos EF, Gontijo MCF, Oliveira PJ, Chaves SR, organizadores. *Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Ed. Federação Minas; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas*. Washington: OPS; 2010.
- Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 6. ed. São Paulo: Santos; 2013. cap.2.
- Roos NP, Shapiro E, Tate R. Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen-year perspective *Milbank Q.* 1989; 67(3/4): 347-69.
- Ruoff G. Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam Med.* 2002; 34(7): 514-7.
- Singh D. *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions*. Birmingham: University of Birmingham, Health Services Management Centre; 2005.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

World Health Organization. Primary health care. Geneva: WHO; 1978.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Griep RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e autoexame das mamas no estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 379-86.
- Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Inf Epidemiol SUS*. 1992; 1(2): 6-15.
- Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York: Lange Medical Books; 2007.
- Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.132-53.
- Colin-Thome D, expositor. O princípio da integralidade. In: Seminário Internacional 20 anos SUS; 2008 out 29-31; São Paulo, SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2008.
- Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. Publicación Científica, 93.
- Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's single healthcare system. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(18): 489-506.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1991; 111(6): 458-96.
- Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 490-8.
- Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. edição (CIAP-2) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2009.
- Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract*. 1992; 42(356): 116-9.
- Horner SD. Using the open airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J Sch Health*. 1998; 68(8): 329-33.
- Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33(1): 122-33.
- LeFort SM. A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J Nurs Scholarship*. 2000; 32(2): 153-60.
- Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). *Health Promot Pract*. 2005; 6(1): 37-43.
- Mendes EV. A atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002a.
- Mendes EV. A natureza complexa da demanda na atenção primária à saúde. In: Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015. p.48-68

- Mesters I, Meertens R, Kok G, Parcel GS. Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J Asthma*. 1994; 31(5): 347-59.
- Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam Med*. 2005; 3(3): 209-14.
- Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomized, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioral therapy in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(495): 764-70.
- Roemer M. National health systems of the world: the issues. New York: Oxford University Press; 1993. v.2
- Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen Júnior N. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 28-41.
- Schaefer J, Miler D, Goldstein M, Simmons L. Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
- Shilts MK, Horowitz M, Townsend MS. Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am J Health Promot*. 2004; 19(2): 81-93.
- Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Siminerio LM, Piatt G, Zgibor JC. Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ*. 2005; 31(2): 225-34.
- Steinweg KK, Killingsworth RE, Nannini RJ, Spayde J. The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. *Mil Med*. 1998; 163(3): 139-44.
- Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Tschopp JM, Frey JG, Pernet R, Burrus C, Jordan B, Morin A, et al. Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly*. 2002; 132(7/8): 92-7.
- Yarnal KS, Krause K, Pollack M, Gradison M, Michener J. Family physicians as team leaders: time to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009; 6(2): A59.