

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO**

CASSIANE SILOCCHI

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

São Leopoldo
2019

CASSIANE SILOCCHI

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos - UNISINOS

Orientador: José Roque Junges

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Vilene Moehlecke

São Leopoldo

2019

S585i Silocchi, Cassiane.
Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e os processos de trabalho em um serviço de atenção primária / Cassiane Silocchi – 2019.
156 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

“Orientador: José Roque Junges e Co-orientadora Prof^a. Dr^a. Vilene Moehlecke ”

1. Administração dos serviços de saúde. 2. Doenças crônicas. 3. Serviço de saúde comunitária. 4. Trabalho - Avaliação. I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Silvana Dornelles Studzinski – CRB 10/2524)

CASSIANE SILOCCHI

INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio
dos Sinos - UNISINOS

Aprovada em 15/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Roque Junges

Orientador:

Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos

Prof.

Profa. Dra. Rosângela Barbiani

Prof.

Profa. Dra. Simone Mainieri Paulon

À memória da minha mãe Eliana, cuja lembrança esteve presente em todos os momentos desta tese. Na pessoa da minha mãe, incluo toda a minha família. Gratidão eterna à segunda família: ao PPG em Saúde Coletiva da Unisinos pelo apoio e incentivo. Aos amigos, a certeza de laços que o tempo não apagará.

AGRADECIMENTOS

Gratidão especial ao meu pai Antônio e ao meu namorado Eduardo, pela paciência, cuidado e compreensão em todas as etapas deste processo.

Reconhecimento ao meu eterno orientador, Roque. Obrigada por me deixar ser sua orientanda desde sempre, por estar ao meu lado na Graduação, no Mestrado e agora concretizando o Doutorado em Saúde Coletiva.

Uma palavra especial de gratidão ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, pela acolhida da proposta, bem como, pela contínua atenção dispensada, comprovando ser um serviço aberto para o “novo” que desponta no campo da inovação no cuidado das pessoas com condições crônicas. A dedicação da Dra. Margarita Diercks e Dra. Silvia Takeda por ajudar-me a construir esta tese.

Aos colegas, professores, funcionários e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Unisinos, pela convivência, ensinamentos e auxílio.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelos conhecimentos compartilhados, atenção e disposição em aperfeiçoar o trabalho acadêmico desenvolvido.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), pelo apoio científico e financeiro diante da oportunidade de realização do Doutorado Sanduíche.

Às amigas e companheiras Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva e Camila Nied, que assumiram o desafio de me acompanhar em parte das atividades de campo.

Às amigas Dra. Rafaela Schaefer, Dra. Carlise Rigon Dalla Nora, Ms. Ronieli Sarges, Raquel Elisa Mello e Kelyn Lutz pela hospitalidade no período da minha coleta de dados.

Aos funcionários do Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha, especialmente ao meu coorientador Dr. Ardigò Martino, por me acolher de forma tão carinhosa e transformar meus medos e desafios em momentos de construção de conhecimentos, descontração e superação. Grazie per tutto.

Às pessoas que conheci em Bolonha, especialmente à Sara Bontempo Scavo e Sofia Montebugnoli e aos brasileiros João de Freitas Araújo, Dra. Sthefani Oliveira, Dr. André de Freitas Araújo, Dr. Flávio Silveira, Dr. Marcos Giovanaz, Dr. Pablo Martin Bender, Dra. Márcia Rosane Junges e Dra. Sandra Cunha, pelo acolhimento e carinho.

Comece fazendo o necessário; depois faça o que é possível e quando você menos perceber estará fazendo o impossível.

São Francisco de Assis

RESUMO

Este estudo buscou analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre (RS), a fim de identificar a dinâmica instituída e instituinte e os “nós críticos” que possam estar dificultando ou potencializando os processos de trabalho. O referencial teórico-metodológico escolhido foi a Análise Institucional, em sua vertente socioanalítica. As ferramentas utilizadas nesta pesquisa-intervenção foram a Observação Participante, a realização de Grupos com as equipes de saúde e entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços do grupo. Os resultados mostraram tensão entre o modelo tradicional e a resistência dos sujeitos diante das novas modalidades de atendimento; a falta de implicação dos profissionais, apontando conflitos entre o cumprimento individual de tarefas e o engajamento coletivo e por fim, uma tensão entre as metas exigidas, com base na produtividade e a incorporação de intervenções inovadoras.

Palavras-chave: Análise Institucional. Doença crônica. Processo de trabalho. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the institutionalization of practices of attention to chronic conditions on work processes in the Community Health Service of the Hospitalar Conceição Group of Porto Alegre (RS), in order to identify the instituted and instituting dynamics and the "critical nodes" that may be hindering or enhancing work processes. The chosen theoretical-methodological reference was the Institutional Analysis, in its socioanalytical aspect. The tools used in this intervention research were Participant Observation, the holding of Groups with health teams and semi-structured interviews with those responsible for research development and evaluation of group services. The results showed tension between the traditional model and the resistance of the subjects in face of the new modes of care; the lack of involvement of professionals, pointing to conflicts between the individual fulfillment of tasks and collective engagement and, finally, a tension between the goals required, based on productivity and the incorporation of innovative interventions.

Key words: Institutional Analysis. Chronic disease. Work process. Primary Health Care.

SUMÁRIO

I PROJETO DE PESQUISA.....	14
II RELATÓRIO	59
III ARTIGO 1	100
IV ARTIGO 2.....	122
V ARTIGO 3.....	143

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	27
Figura 2: Localização das US do SSC/GHC.....	62
Figura 3: Casas de Saúde de Ferrara	65
Figura 4: Casa da Saúde.....	66
Figura 5: Dinâmica de grupo.....	72
Figura 6: Dia Mundial da Saúde.....	75
Figura 7: Pesquisadora Ligia Giovanella	76
Figura 8: Mural da Unidade.....	81
Figura 9: Espaço de realização dos grupos.....	82
Figura 10: Cronograma grupo Saúde no Prato.....	84
Figura 11: Material do grupo do tabagismo.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição do orçamento.....	48
Tabela 2: Cronograma de atividades.....	49
Tabela 3: Identificação dos profissionais participantes dos grupos.....	95
Tabela 4: Identificação dos profissionais participantes das entrevistas.....	97

LISTA DE ABREVIATURAS

AC	Assistente de Coordenação
AI	Análise Institucional
APS	Atenção Primária à Saúde
AUSL	Unidade Sanitária Local
CCM	Chronic Care Model
CdS	Casa da Saúde
CEPAPS	Centro de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária
CSI	Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FE	Ferrara
GHC	Grupo Hospital Conceição
ICD	Instituto da Criança com Diabetes
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MPR	Modelo de Pirâmide de Risco
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIBO	Universidade de Bologna
US	Unidade de Saúde

APRESENTAÇÃO

A tese consta de três partes: projeto, relatório e artigos.

O projeto aborda o tema da pesquisa, a sua delimitação, os objetivos do estudo, a justificativa, o referencial teórico, o problema de pesquisa, a metodologia, os aspectos éticos, o orçamento, o cronograma e as referências nele utilizadas. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos e do GHC, do qual recebeu a resolução de aprovação necessária para entrar em campo. Passou por um exame de qualificação e passou por algumas modificações, a partir da análise daquela banca.

O relatório se refere à descrição do trabalho desenvolvido: descrição do campo de pesquisa, conversas iniciais para a entrada em campo e as diversas coletas de dados.

A terceira parte consta três artigos, um publicado e dois a serem divulgados em revista científica da área da Saúde Coletiva.

I PROJETO DE PESQUISA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1 TEMA.....	20
1.2 PROBLEMA	20
1.3 OBJETIVOS.....	20
1.3.1 Objetivo Geral	20
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 JUSTIFICATIVA	21
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1 OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO NA SAÚDE.....	23
2.2 MUDANÇAS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
2.3 REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO	32
2.4 A ANÁLISE INSTITUCIONAL E SEUS CONCEITOS	35
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
3.2 DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA	42
3.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	45
3.4 RESTITUIÇÃO	45
4. ASPECTOS ÉTICOS	46
5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
6. ORÇAMENTO.....	48
7. CRONOGRAMA.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	55
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – INTEGRANTES DO CEPAPS.....	56
ANEXO A- RESOLUÇÃO QUE APROVOU A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	57
ANEXO B – INSTRUMENTO USADO NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO SSC	58

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com o tema Atenção Primária à Saúde (APS) e os processos de trabalho neste campo vem desde a graduação, quando me dedicava às pesquisas na Iniciação Científica. A pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva se concentrou em analisar as práticas das equipes de APS no cuidado longitudinal de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em um município da região metropolitana de Porto Alegre. Diante dos resultados obtidos na dissertação de mestrado, senti a necessidade de estudar mais essa temática e entender melhor os entraves que tinha encontrado, com ênfase na influência do contexto de vida das pessoas (território) no trabalho das equipes. Assim, apresentei-me para o doutorado. Minha intuição dizia que vivenciando em profundidade esta realidade, poderia entender os motivos pelos quais era tão difícil adotar uma prática ancorada na promoção da saúde.

O planejamento parou por aí e novos e inesperados caminhos foram aparecendo. Logo de início, no portal de inovação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na categoria experiências na atenção às condições crônicas, encontrei um texto que contava a experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) no cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes na APS. Fiz contato com o Centro de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária (CEPAPS), órgão do GHC que se ocupa do desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços assistenciais do grupo, e conheci de perto as mudanças na atenção em saúde em condições crônicas realizadas por este serviço.

O projeto, até então, ficava em um meio termo e era nítida a minha tensão. Queria estudar o território, a vida das pessoas com condições crônicas e misturar tudo isso para pensar o cuidado longitudinal, talvez tentando executar o que eu acreditava ser o ideal para a Saúde da Família. Com as reflexões que fui fazendo ao longo dos meses, não sozinha, mas com a intercessão do meu orientador, o projeto foi ganhando outros contornos, até que nasceu a pesquisa que está sendo proposta.

Enquanto o projeto estava em desenvolvimento surgiu a oportunidade de realizar um estágio doutoral no exterior, denominado “Doutorado Sanduíche”, realizado no Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural (CSI) da Universidade de Bolonha, na Itália, sob supervisão do professor Dr. Ardigò Martino, no período de abril a setembro de 2017.

A Itália, assim como no Brasil, está experimentando um progressivo envelhecimento da população. (IL FUTURO DEMOGRÁFICO DEL PAESE, 2011; SCHMIDT e DUNCAN, 2011). Este processo, combinado com as profundas transformações na sociedade, devido aos fenômenos ligados à globalização, estão contribuindo para uma rápida transformação do perfil epidemiológico, com aumento das condições crônicas (PAHO, 2007). Grande parte dessas doenças poderia ser evitada, contudo, apesar da possibilidade de prevenção, permanecem ainda como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atualmente (OMS, 2003).

Assim, vêm sendo vislumbradas novas práticas de atenção para o enfrentamento desta nova realidade, sendo uma delas inspiradas na APS (GIOVANELLA et al., 2009). Dois casos na atenção primária que se destacam na criação de estratégias para o enfrentamento das condições crônicas podem ser observados no Brasil e na Itália: a experiência do SSC/GHC e da Unidade Sanitária Local (AUSL) de Ferrara, que integra o Serviço Sanitário Regional da Emília Romagna. A região da Emília Romagna foi escolhida por estar entre as primeiras regiões italianas a adotar o modelo assistencial da Casa da Saúde (CdS), reestruturando o cuidado na atenção primária na Itália. A CdS é uma unidade de saúde próxima do que no Brasil se conhece por Unidade Básica de Saúde (UBS) (MARTINO et al., 2015).

Durante o estágio doutoral, foram realizadas análises das diretrizes nacionais e regionais a respeito da instituição e organização das CdS, além de observação participante, oportunizadas por meio de participações em seminários, encontros e reuniões com gestores, profissionais e comunidade. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestores das CdS. Por fim, foi publicado um artigo na Revista Saúde em Redes da editora Rede Unida/UFRGS intitulado: *Intersectorialidade e o*

trabalho em equipe: estudos de caso do Brasil e da Itália, tendo como objetivo comparar as estratégias e as experiências no que se refere à cronicidade nos dois contextos, evidenciando as semelhanças e as diferenças e analisando a luz da literatura internacional.

Saliento que foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa, a realização do Doutorado Sanduíche. O estágio doutoral contribuiu para a melhor compreensão dos modelos de cuidado às pessoas com condições crônicas em âmbito internacional, bem como, para o aprimoramento de minha formação profissional, acadêmica e pessoal.

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas são condições de saúde de curso longo ou permanente que exigem ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Condições crônicas, portanto, não são o mesmo que Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Todas as DCNT são condições crônicas, contudo, há outras condições crônicas, como, por exemplo, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas etc.

As condições crônicas constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde, em razão de modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas na do cuidado. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que as DCNT responderam em 2011 por 59% da mortalidade total do mundo, havendo uma estimativa de sobressair os 78% já no ano de 2020 (WHO, 2011).

Os custos diretos das DCNT para os sistemas de saúde representam um impacto crescente. Segundo o World Economic Forum, a carga global das perdas econômicas por DCNT entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto no período considerado. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, não só serão a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020, como também se tornarão o problema mais dispendioso. (GOULART, 2011).

Esta situação desafia os serviços a buscarem alternativas que levem a melhores resultados, uma vez que grande parte dessas doenças são preveníveis. Assim, o SSC/GHC está introduzindo novas práticas de atenção para enfrentar as condições crônicas, como, por exemplo, as consultas coletivas, sequenciais, o autocuidado apoiado, a estratificação conforme riscos e vulnerabilidades, entre outras. Contudo, para que sejam introduzidas, são necessários processos de transformação, ou seja, “sujeitos que nas práticas cotidianas transformem o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (DESLANDES, 2005, P. 402). Enfim, significa

produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010).

As práticas de atenção às condições crônicas apresentam-se, atualmente, como forças instituintes que buscam a modificação das práticas de cuidado, tendo como foco de intervenção os processos de trabalho e de gestão. Desta forma, esta pesquisa busca analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no SSC/GHC, a fim de identificar a dinâmica instituída e instituinte e os “nós críticos” que possam estar dificultando ou potencializando os processos de trabalho.

1.1 TEMA

Práticas de atenção às condições crônicas e os processos de trabalho em saúde.

1.2 PROBLEMA

Como são afetados os processos de trabalho pela institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no SSC/GHC.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever as práticas de atenção às condições crônicas implantadas no SSC/GHC;
- b) Identificar os analisadores e as transversalidades no processo de institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas;

- c) Compreender as diferentes formas de implicação das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho.

1.4 JUSTIFICATIVA

As condições crônicas como um importante problema de saúde pública têm colocado na ordem do dia o debate sobre as práticas de saúde e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito das equipes, especialmente na APS, ao que tudo indica ainda centrada em formas de organização, que não se adequam às necessidades de atenção a populações crescentemente assoladas por problemas de natureza crônica (MEDINA et al, 2014).

Vivemos hoje um esgotamento do modelo tradicional de cuidado, ao mesmo tempo em que experimentamos, ainda que incipientes, novas práticas de atenção adequadas às necessidades atuais.

Desde 2011, o SSC/GHC inova no uso de tecnologias de atenção à saúde, investindo em mudanças na gestão e nos processos de trabalho das equipes de saúde, acompanhadas de atividades de educação permanente dirigidas aos profissionais, com o objetivo de introduzir inovações na atenção à saúde (TAKEDA et al, 2015).

Estudos demonstram que boa parte das pessoas que frequentam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se beneficiam mais efetivamente caso participem continuamente de grupos colaborativos e apoiadores para o autocuidado, do que simplesmente realizando as consultas médicas individuais regulares. Isto, porque, para o bom controle da sua condição crônica, tão importante quanto o uso das terapêuticas tradicionais, faz-se necessário, também, que os sujeitos aprimorem seus conhecimentos sobre a doença, pratiquem o autocuidado e recebam apoio e tratamento para/no seu sofrimento (OPAS, 2013).

Considerando este contexto, tenho a intenção de compreender: como se dá a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no SSC/GHC. Os resultados desta pesquisa poderão servir de apoio para os gestores, coordenadores e equipes multidisciplinares na reflexão das práticas de atenção às condições crônicas e suas implicações nos processos de trabalho. Ademais, a necessidade de

aproximar a realidade dos serviços de saúde em relação à academia é frequentemente reiterada nos dias de hoje, podendo-se considerar esta pesquisa um esforço nesta direção.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 OS PROCESSOS DE TRANSIÇÃO NA SAÚDE

As DCNT correspondem a 73% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). O risco de morte prematura é de 17%. Segundo a OMS, as DCNT serão responsáveis por significativo aumento total no número de mortes na próxima década. Estima-se que haja um aumento de 15% a nível mundial entre 2010 e 2020 (44 milhões de mortes) e 52 milhões para o ano de 2030 (WHO, 2014).

O aumento da incidência de DCNT é resultado de diversos processos, a saber, as transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica. O Brasil vive uma transição demográfica acelerada. Na primeira fase da transição demográfica, nas décadas de 1950 e 1960, observou-se pouco impacto na estrutura etária: a população era muito jovem e a proporção de idosos ainda era muito pequena (4,0 a 5,0%). A segunda fase iniciou-se na década de 1960 com o início do processo de envelhecimento populacional, superando 5,0% (MINAYO, 2012).

A partir de 1970, o Brasil experimentou uma verdadeira transformação demográfica e a esperança de vida ultrapassou o limite de 60 anos de idade. Em 1980, a população mais que dobrou de tamanho, chegando a 147 milhões de habitantes, porém, a taxa de crescimento anual começou a reduzir e a proporção de idosos aumentou para 6,1%. Em 1991, a taxa bruta de natalidade caiu e a esperança de vida ao nascer do brasileiro aumentou ainda mais, alcançando 65,8 anos (VASCONCELOS, 2012). Vasconcelos (2012) ainda descreve que nas duas décadas seguintes, entre 1991 e 2010, os níveis de natalidade reduziram-se ainda mais e a esperança de vida ao nascer ultrapassou 70 anos. Como consequência da desaceleração do ritmo de crescimento demográfico (de 2,5% entre 1970 e 1980 para 1,2% entre 2000 e 2010), o tempo para a duplicação do tamanho da população aumentou para 40 anos: 190 milhões em 2010 representam pouco mais que o dobro da população em 1970.

A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado (VERAS, 2012). Projeções do Banco Mundial (2011) apontam que a população idosa vai mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Os idosos, que em 2005 compunham 11% da população em idade ativa, somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período.

O debate sobre essa transição demográfica já está bem consolidado, mas o que desperta interesse são as consequências da ampliação do tempo de vida da população para as políticas públicas, em especial na área da saúde. A multiplicidade de DCNT é uma característica frequente na velhice. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível. Sem a reorganização dos serviços de saúde e um modelo de atenção às condições crônicas com uma abordagem preventiva e integral, que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações de saúde, não há solução (VERAS, 2012).

Associado ao processo de transição demográfica ocorre outro, o da transição epidemiológica. As populações humanas já passaram por duas transições epidemiológicas. A primeira, caracterizada pelo período paleolítico e neolítico e a segunda, ligada à Revolução Industrial e ao desenvolvimento científico, que permitiram melhorias na sobrevivência das populações e um maior controle das doenças infectocontagiosas. Estes elementos tiveram como consequência a diminuição na mortalidade infantil e nas taxas de fecundidade, que foram determinantes para a ocorrência do chamado fenômeno de “envelhecimento populacional”. Tal fenômeno é notadamente marcado pelo aumento proporcional no número de idosos da população, que por sua vez tem como consequência uma troca no perfil epidemiológico, já que leva ao aumento na prevalência das DCNT (GOTTILEB et al. 2011).

Em paralelo às modificações ocorridas no perfil epidemiológico e demográfico da população, ocorrem os problemas alimentares (BATISTA, 2003). As mudanças verificadas no cenário nutricional registram declínio acentuado da desnutrição e aumento significativo da prevalência de pré-

obesidade e obesidade, característica marcante da transição nutricional (KAC e VELAZQUEZ, 2003).

Segundo a última pesquisa da Vigitel, mais da metade da população adulta brasileira apresenta excesso de peso e obesidade. O excesso de peso cresceu 26,3% em dez anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016, sendo este percentual maior entre os homens (57,7%), do que entre as mulheres (50,5%). A obesidade cresceu 60% em dez anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, sendo este percentual maior entre as mulheres (19,6%), do que entre os homens (18,1%). Há estimativas de que 35% da população adulta brasileira poderá se tornar obesa em 2025. Em Porto Alegre, 55,1% dos habitantes estão com excesso de peso e 19% obesos (VIGITEL, 2017).

Outro processo em destaque é a transição tecnológica, que se manifesta no paradoxo da incorporação de novas tecnologias efetivas que, em função de seu alto volume, supera a capacidade dos sistemas em aplicá-las de forma racional (MENDES, 2018). O avanço tecnológico das últimas décadas proporcionou melhorias na qualidade de saúde da população e redução das taxas de mortalidade de um número considerável de doenças. Entretanto, grande oferta destas novas tecnologias torna necessário que, além dos benefícios, seus custos sejam avaliados no processo de tomada de decisão para disponibilizá-las ao sistema de saúde, promovendo o uso racional de tecnologias (CAPUCHOL, 2012).

O desenvolvimento contínuo de novas tecnologias e sua incorporação nos sistemas de saúde constitui um dos principais determinantes do aumento do gasto em saúde no mundo todo. Estudos internacionais estimam que, os Estados Unidos gastam com intervenções médicas desnecessárias, de 30% a 50% do gasto total em saúde e estes procedimentos injustificados são responsáveis por 30 mil mortes a cada ano (NANDAKUMAR, 2008).

No Brasil, o SUS é um grande incorporador de tecnologias. Somente o Ministério da Saúde compra cerca de R\$ 8 bilhões em medicamentos, equipamentos e produtos de saúde por ano. Ao mesmo tempo, gestores de todas as instâncias são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas. Grande parte desta pressão é norteadada pelo desconhecimento, acerca da viabilidade técnica e financeira da

adoção destas tecnologias, bem como, das consequências do seu uso para a saúde da população. (NANDAKUMAR, 2008).

Os processos de transição apresentados e o aumento da prevalência das condições crônicas não transmissíveis têm motivado a reestruturação dos modelos de atenção à saúde e conseqüentemente a reorganização dos processos de trabalho, como será discutido a seguir.

2.2 MUDANÇAS NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O sistema de saúde não está preparado para lidar com o aumento das pessoas com condições crônicas, porque está organizado para fazer frente aos eventos agudos. A partir de uma importante discussão internacional, no final do século XX e início do século XXI, sobre modelos de atenção à saúde que considerassem as necessidades das pessoas em condição crônica, foram criados modelos de atenção, como o Chronic Care Model (CCM), desenvolvido nos Estados Unidos (MENDES, 2012).

O CCM foi amplamente difundido e tem sido aplicado em quase todos os países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento. Este modelo propõe mudanças concomitantes em seis elementos dos sistemas de atenção à saúde: a organização da atenção à saúde; o sistema de informação clínica; o desenho do sistema de prestação de serviços; o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade (MENDES, 2012).

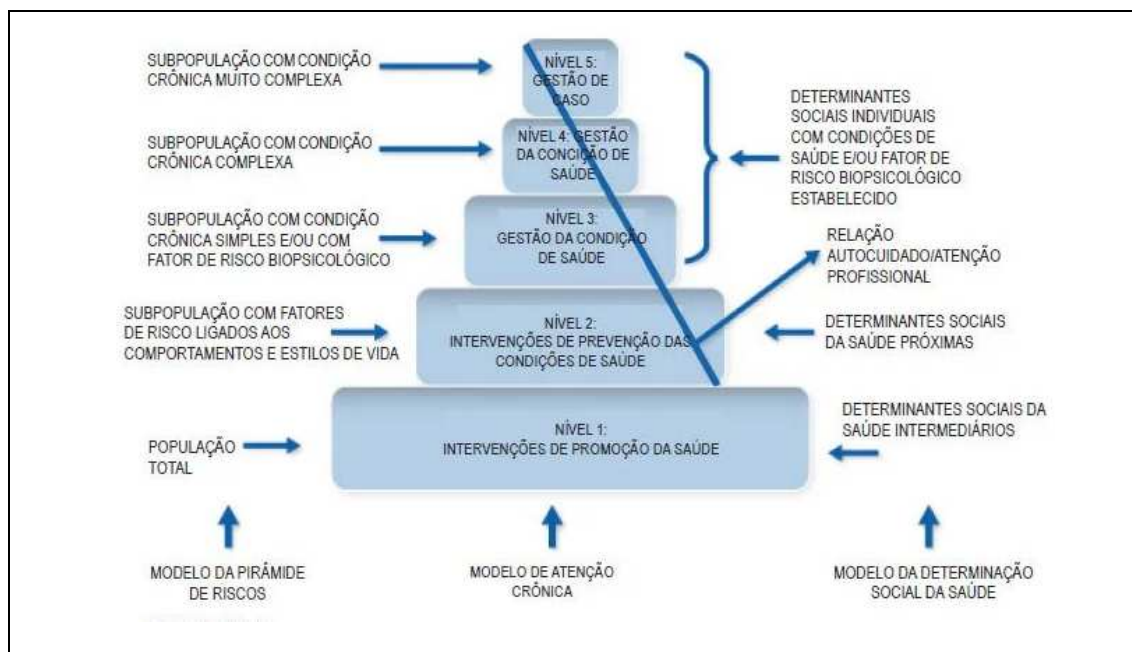
No Brasil, o CCM tem sido utilizado parcialmente nas experiências inovadoras de cuidados às condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, no SSC/GHC, na SMS de Diadema e pelo projeto Qualifica, do Ministério da Saúde, nos municípios de Anchieta, Antônio Carlos, Florianópolis, Ilha de Itamaracá, Recife, Rio Bonito, Rio de Janeiro, São Lourenço da Mata, Silva Jardim e Tijuca. Além disso, foi do CCM que derivou a publicação “Cuidados Inovadores para Condições Crônicas”, proposta pela OMS (2003), e o “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT 2011-2022” no Brasil (MENDES, 2012).

Uma revisão sistemática examinou estudos que avaliaram diferentes elementos do CCM em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e a influência do CCM em diferentes desfechos clínicos. A revisão mostrou que o uso de componentes isolados do CCM não parece ser suficiente para melhorar os resultados clínicos, no entanto, é possível que maiores benefícios possam ser obtidos através de intervenções combinando os seis elementos do CCM (BAPTISTA et al., 2016).

Outro modelo importante para o manejo adequado das condições crônicas é o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) que cria as bases operacionais para a estratificação dos riscos das pessoas portadoras de condições crônicas (MENDES, 2012).

A partir destes dois modelos e agregando o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, foi construído pelo sanitarista Eugenio Vilaça Mendes, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), elaborado para a realidade e o contexto da saúde brasileira (MENDES, 2012).

Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2012, p 169)

O MACC está esquematizado em três colunas: na coluna da esquerda, conforme o MPR, está a população estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, pautado no Modelo de determinação social da saúde, estão os níveis de determinação social da saúde. Na coluna do meio estão os níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações (MENDES, 2012).

No nível 1, opera-se com a população total com foco nos macros determinantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Neste nível se propõem as intervenções de promoção da saúde realizadas por meio de ações intersetoriais. No nível 2, opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como, a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (MENDES, 2012).

A partir do nível 3, trabalha-se com subpopulações que já apresentam DCNT estabelecida. Nele as condições crônicas são de baixo ou médio risco. Neste nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado. No nível 4, opera-se com subpopulações com DCNT de alto risco. Neste nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado. E por fim, no nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos de um sistema de atenção à saúde (MENDES, 2012).

O MACC, na condição de modelo inovador, precisa ser testado para verificação de sua real possibilidade de implantação no SUS. Devido a isso, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba voluntariou-se a testá-lo no âmbito da atenção primária. Assim, o MACC ainda vem sendo introduzido na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de projetos-piloto, que, além

da região sul, também vem sendo implantados na região sudeste (MOYSES, 2012).

As mudanças da atenção à saúde, determinadas pelo MACC, são profundas e vão muito além da atenção profissional e do autocuidado apoiado. É necessário um movimento de transgressão do cuidado voltado à doença para a pessoa, do indivíduo para a família, do equilíbrio entre a demanda espontânea e programada e do fortalecimento do trabalho multiprofissional. De forma que as equipes estejam mais próximas dos usuários, valorizando os seus saberes e fomentando novas habilidades e capacidades para o autocuidado (MOYSES, 2012).

Desde 2011, o SSC/GHC está introduzindo mudanças no cuidado das condições crônicas. Este processo iniciou com o reconhecimento, por parte da gerência do SSC, de que a atenção às condições crônicas de saúde deveria ser parte do plano estratégico e dos programas de qualidade da instituição. Em seguida, a relevância do problema foi discutida com as equipes, com o objetivo de melhorar a capacidade do SSC, em responder às condições crônicas (MENDONÇA et al., 2016).

A seguir a descrição das práticas preconizadas pelo MACC, que estão sendo implementadas nas Unidades de Saúde e que compõem o objeto deste estudo.

Programação da assistência conforme necessidades da população: Uma vez conhecidas as necessidades em saúde da população do território, cabe realizar a programação dos tempos e agendas. A programação de consultas costuma ser dividida em consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas do dia (motivos imprevisíveis). Estes parâmetros, quando refletidos nas agendas e nas práticas assistenciais das equipes, estão relacionados ao melhor acesso da população aos recursos e aos serviços das unidades básicas (ZURRO, 2008; SSC-GHC, 2013).

No SSC/GHC iniciou-se estimando o número de consultas por profissional, com base em parâmetros dos protocolos assistenciais locais. Foi levada em conta a multiplicidade de atribuições dos integrantes das equipes de saúde, especialmente considerando as atividades de formação desenvolvidas pelo SSC; as características do trabalho em APS; a oferta de consultas pelas várias categorias que compõem uma equipe multidisciplinar;

as características demográficas e epidemiológicas da população e a carga horária contratual dos profissionais. As agendas para as consultas programáveis foram abertas para três meses ou mais e para qualquer necessidade em saúde. Concomitante, foi sistematizada uma proposta para organizar a resposta à demanda de consultas do dia, com determinação de fluxos e profissionais responsáveis pela escuta/avaliação, pela retaguarda e pelas consultas (MENDONÇA et al., 2016).

Estratificação por risco e vulnerabilidade: a estratificação dos riscos de uma população define as estratégias de intervenções em autocuidado e em cuidado profissional, de maneira que norteia a organização dos serviços e dos processos de trabalho. Esta intervenção utiliza uma classificação que considera a severidade da doença e a capacidade de autocuidado (MENDES, 2012). Foi aperfeiçoada por Sturmer e Bianchini (2014), a partir do CCM, do Modelo de Determinação Social e do Risco Cardiovascular de Framingham (ANEXO B).

Para Takeda et al. (2012), as pessoas apresentam diferentes vulnerabilidades, logo, diferentes necessidades em saúde e necessitam de diferentes respostas dos serviços de saúde. Após a estratificação, é necessário organizar o cuidado de acordo com as necessidades encontradas e conforme o nível de atenção. Experiência realizada na Região Basca, da Espanha, fortemente baseada na estratificação dos riscos e na autonomia de pacientes para fazerem a autogestão de sua doença, refere redução de 27% na mortalidade por complicações de DCNT, um impacto maior que o uso de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos (BENGOA, 2014).

A proposta de estratificar pessoas com hipertensão e diabetes foi apresentada no SSC/GHC em 2012, e os médicos e enfermeiras iniciaram a estratificação ao longo de 2013. A identificação do estrato de risco de cada usuário permitiu as equipes de saúde organizar as atividades coletivas e individuais conforme o grau de risco, adequando ações de saúde e recomendações aos pacientes. (MENDONÇA et al, 2016). A descrição dos níveis de atenção e as ações recomendadas, segundo Mendes, 2012 e Stürmer e Bianchini, 2013 estão descritas no anexo B.

A estratificação dos riscos associada à consideração da vulnerabilidade e à capacidade para o autocuidado resultou em melhor identificação das

necessidades dos usuários e formas de responder a estas necessidades. Profissionais deixaram de ser reativos à demanda e passam a ser proativos, fazendo recomendações clínicas e oferta de serviços de acordo com o risco e a vulnerabilidade individual (MENDONÇA et al., 2016).

Atividades coletivas, em diversas modalidades: as ações multiprofissionais e coletivas são mais efetivas no cuidado com as pessoas com condições crônicas e permitem o cuidado integral. Soma-se a isso o fato de que a prevenção de riscos apresenta maior impacto, quando voltada para populações do que para indivíduos. Isso implica sugestão de diferentes tecnologias, entre elas, consultas sequenciais, consultas coletivas, gestão de casos complexos etc. (MENDES, 2012).

Na consulta sequencial, ocorrem duas atividades, um momento coletivo em que se desenvolvem ações de educação em saúde e a consulta clínica individual com profissionais de diferentes núcleos (MENDES, 2012). Estas consultas são indicadas para portadores de DCNT, como a asma, e foi a estratégia escolhida pela Unidade SESC do SSC/GHC. Durante um ano as crianças receberam um atendimento integral, aderiram ao modelo de consultas sequenciais, passaram a utilizar um plano de ação escrito, aprenderam sobre sua doença e manejo e tiveram sua asma mais bem controlada. Observou-se também uma redução significativa de idas à emergência e de internações por asma, comparando-se ao ano anterior e posterior ao primeiro atendimento sequencial, tanto em número absoluto de consultas e internações, como em crianças que deixaram de utilizar estes serviços (LENZ et al., 2014).

A consulta multiprofissional coletiva é realizada para um grupo com necessidades semelhantes, com a participação de diferentes categorias profissionais, podendo ser realizado alguns cuidados clínicos e ter um momento individual se for avaliado necessário (MENDES, 2012).

Orientações para o Autocuidado Apoiado: o Autocuidado Apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde, com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em que gerenciam suas condições de saúde. As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar e/ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras, caracterizam

o Autocuidado. Já as intervenções da equipe de saúde para auxiliar as pessoas a qualificarem este processo, caracterizam o Apoio ao Autocuidado (BRASIL, 2014).

Com o apoio dos profissionais de saúde, o usuário é quem decide quais comportamentos quer adotar e pactua e elabora um plano de ação para isso. A equipe de saúde acompanha e monitora este processo, auxiliando-o a adequar seu plano de acordo com os resultados alcançados. É uma parceria que se estabelece entre os profissionais de saúde, os usuários, seus familiares e a comunidade, para a construção de competências necessárias ao cuidado de si (BRASIL, 2014).

A inclusão de estratégias para o enfrentamento das condições crônicas de saúde como parte do plano estratégico e dos programas de qualidade da instituição no SSC/GHC, bem como, as mudanças na prestação de serviços, propiciou o alcance de melhores resultados tanto na cobertura de pessoas com hipertensão e diabetes, quanto no controle clínico da hipertensão e glicemia (MENDONÇA et al., 2016).

2.3 REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Apesar da existência destas práticas citadas, ainda existem desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde. Não se modifica um modelo assistencial sem mudanças dos processos de trabalho.

A materialização dos modelos de atenção em saúde varia, justamente, de acordo com o arranjo que se estabelece entre as diferentes tecnologias (duras, leve-duras e leves) no ato de cuidar e nos processos de trabalho, decorrendo disso diferentes configurações de práticas: mais centradas em procedimentos ou mais centradas no cuidado do usuário e suas necessidades. Na sua concepção, quanto mais o trabalho em saúde for comandado pelas tecnologias relacionais (tecnologias leves) mais haverá chances de alcançar a sua finalidade última que é produzir o cuidado integral e resolutivo (MERHY, 2013).

Diante de tal lógica, Merhy (2013a) defende que o trabalho vivo em ato tem ação/poder transformador das práticas e modelos em saúde. No caso Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves e Trabalho Morto são os instrumentos e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração (MERHY, 2003). Assim, “cremos que na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições” (MERHY, 2013 a, p. 65). Essa premissa legitima a autonomia do trabalhador no seu espaço de atuação, deste modo, ele tem o poder de gerir os processos de trabalho, mudar a sua prática, oferecendo uma assistência mais resolutiva (MERHY, 2013a).

Como exemplo, utiliza-se o trabalho de um profissional da saúde para atender à necessidade do usuário no cuidado à hipertensão arterial. Aqui pode ter duas alternativas de projeto terapêutico: 1) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário, além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o autocuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua autoestima e, assim, de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida (MERHY, 2003).

No segundo caso, há um processo de trabalho cujo núcleo de tecnologias está centrado no Trabalho Vivo, formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da ideia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode, desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia (MERHY, 2003).

O modelo assistencial, portanto, deve ofertar todos os recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários e mesmo que este necessite para sua

assistência de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização seja sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranquilo em uma dada “linha do cuidado”, que garanta a integralidade da atenção (CECILIO, 2001).

As mudanças desejadas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços, mas por outro lado trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho e a forma de interação com seus pares e usuários. Significam, portanto, necessidade de adequações dos processos de trabalho e aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, configurando-se como grandes desafios ao âmbito da gestão, no sentido dos processos e relações cotidianas.

No que concerne à Educação Permanente em Saúde (EPS), no cotidiano do serviço em saúde, se trata de um dispositivo essencial para transformar os processos de trabalho e sustentar as mudanças no cuidado das condições crônicas. A literatura evidencia benefícios da EPS para o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária. Uma pesquisa realizada na região Norte de Minas Gerais demonstrou que as experiências de formação dos profissionais de saúde da família se aderem às concepções atuais de educação permanente, com potencial para transformação das práticas de saúde (LEITE et al.,2012). Em Teresópolis, no Rio de Janeiro, a prática de EPS foi capaz de viabilizar a formação crítico reflexiva dos profissionais de saúde, fortalecer a participação social e aproximar a gestão das questões locais de saúde, comprovando que pode ser considerada uma prática avaliativa amistosa à integralidade (YAMAMOTO et al.,2015).

No SSC/GHC foram sistematizadas as práticas preconizadas pelo MACC nos encontros e oficinas e atualizados os protocolos clínicos da diabetes e hipertensão, amplamente divulgados e utilizados pelas equipes. Além disso, realiza atividades de EPS mensalmente nas unidades de saúde, tais como, discussão de casos e seminários orientados pela realidade local (MENDONÇA et al., 2016).

2.4 A ANÁLISE INSTITUCIONAL E SEUS CONCEITOS

O movimento institucionalista teve sua origem na década de 1960, na França (L'Abbate, 2012). Seu surgimento ocorreu em meio a intensos movimentos contestatórios ocorridos naquele país durante esta década, que culminaram com o “maio de 1968”. (RODRIGUES, 2000 apud L'ABBATE; MOURÃO & PEZZATO, orgs., 2013, p. 34). “Tais movimentos questionavam as práticas dos partidos políticos de esquerda, dos hospitais psiquiátricos, das escolas de nível médio, das universidades e das fábricas” (L'ABBATE, 2012, p. 195). No contexto brasileiro, a Análise Institucional (AI) surgiu nos anos 1970, em alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações, congregando diferentes tipos de profissionais (L'ABBATE, 2003).

No campo da Saúde Coletiva, a importância da AI é destacada por L'Abbate (2003): “sendo uma abordagem que busca a transformação das instituições a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos e pode-se dizer que há grande potencialidade para o crescimento da utilização do seu instrumental na saúde coletiva.” A mesma autora afirma que

[...] sem transformar as práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, não haverá mudanças na forma desses serviços funcionarem, no sentido de garantir o acesso, a qualidade e a resolutividade, no atendimento de saúde à população (L'Abbate, 2003: 270).

A AI vem se consolidando como campo de produção de conhecimento e visa conhecer a instituição e problematizar o seu funcionamento, visando buscar as transformações possíveis. O instrumento da AI compõe-se de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, implicação, transversalidade e analisador (ROSSI; PASSOS, 2014).

Alguns desses conceitos, apresentados a seguir, serão utilizados para a análise e interpretação das falas dos sujeitos nos grupos focais e nas entrevistas.

- Instituição

Toda instituição é o resultado do movimento dialético de três momentos: o instituído, estabelecido, considerado o momento da universalidade; o instituinte, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um 'vir a ser' em contínua transformação. Trata-se do terceiro momento, chamado de institucionalização (L'ABBATE, 2004, p. 7).

Podemos, à luz deste conceito, dizer que as práticas de atenção às condições crônicas se configuram como um movimento instituinte, na medida em que se contrapõe aos tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde, voltados para condições agudas e episódicas, onde na maior parte das vezes, não têm respondido adequadamente às condições crônicas. Estas formas de tratamento mais tradicionais podem ser consideradas práticas instituídas, hegemônicas no serviço de saúde. O tensionamento destas práticas, chama-se de institucionalização.

- Transversalidade

A transversalidade é uma dimensão que pretende superar dois impasses, o de uma pura verticalidade (relações hierárquicas como chefes, subchefes...) e o de uma simples horizontalidade (relações não estabelecidas no organograma), ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes níveis. É o próprio objeto em busca do sujeito (GUATTARI, 1987, p. 101).

A transversalidade é um emaranhado de definições. Também é o movimento de abertura e fechamento dos grupos. É o próprio movimento de

transformação de um grupo-sujeitado em um grupo sujeito. Mas, afinal, o que é grupo sujeito e grupo sujeitado?

O grupo sujeito, ou o que tem vocação para sê-lo, esforça-se para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, neste momento, secreta os meios de sua elucidação. Schotte poderia dizer que ele é ouvido e ouvinte e que por este fato opera o desapego a uma hierarquização das estruturas que lhe permitirá se abrir para além dos interesses do grupo. O grupo sujeitado não se presta a tal perspectiva, ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Pode-se dizer do grupo sujeito, que ele enuncia alguma coisa, enquanto do grupo sujeitado, diria que sua causa é ouvida (GUATTARI, 2011).

Grupo-sujeitado e grupo-sujeito não configuram dualidades mutuamente excludentes, mas são concebidos como pólos, entre os quais qualquer grupo oscilaria. Defende-se, entretanto, o estímulo à concepção de grupo que opere como resistência aos modos individualizantes e prescritivos de relações, superando a “totalização, a unidade, a generalização, a intimização e a identidade [que] acabou por transformá-lo em mais um dentre outros indivíduos” (BARROS, 2007, p.22).

Desta forma, o grupo sujeito são os profissionais convencidos da pertinência das práticas de atenção às condições crônicas preconizadas pelo MACC e o grupo sujeitado são os que simplesmente seguem uma determinação institucional.

- Implicação

A análise da implicação deve ser realizada, preferencialmente, de modo coletivo. De acordo com Barbier (1985, p. 120), a implicação pode ser entendida como:

[...] o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por suas práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atuais nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sóciopolítico em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica de toda atividade de conhecimento.

Monceau (2008), nos diz que a implicação é a relação do indivíduo com a instituição. Refere que não se pode confundi-la com engajamento ou investimento. Pode-se dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, independente da sua vontade, ou seja, a implicação existe mesmo quando ela não é desejada. Lourau (2004d, p. 82-83) refere que

[...] implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas da 'neutralidade' analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o 'novo espírito científico', o observador já está implicado no campo de observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato da sua presença, um elemento do campo.

Para Lourau (1970), a implicação do pesquisador manifesta-se em relação a cinco áreas: seu objeto de pesquisa/intervenção, à instituição de pesquisa, começando pelos integrantes da pesquisa/intervenção, à encomenda e às demandas sociais, à epistemologia de seu campo disciplinar e, enfim, à escrita, ou outro meio que sirva para a exposição da pesquisa e/ou intervenção. Deve-se atentar também para cuidarmos da nossa sobreimplicação, ou seja, do nosso comprometimento excessivo e acrítico com o que estamos fazendo, ou, ao contrário, da nossa desimplicação, ou seja, quando estamos desinteressados, sem nenhum envolvimento com o nosso objeto de trabalho ou de pesquisa (LOURAU, 1997, p.35).

Desta forma, a minha implicação manifesta-se nas áreas apontadas acima: implicação em relação ao objeto de pesquisa que estudo desde 2015, abrindo portas para a minha entrada no CEPAPS/GHC e a implicação na instituição onde realizo este estudo (Unisinos). Por implicação epistemológica crítica considera-se a temática da minha dissertação de mestrado que abordou o cuidado longitudinal de pessoas com condições crônicas na APS, levando em consideração que o cuidado destas pessoas se insere em um paradigma diferente dos tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde. E por fim, a minha implicação com a escrita, o modo de sistematizar as ideias e expô-las, revelando todo o processo que culmina neste trabalho e

inevitavelmente revela grande parte do grau da minha implicação com a pesquisa.

Com o objetivo de dar-se conta da sobreimplicação, haverá o cuidado com o percurso da escrita, que será realizado sob a orientação do meu orientador, da coorientadora especializada em análise institucional, da pesquisadora referência no CEPAPS/GHC e da colega do PPG que utilizou esta mesma metodologia de pesquisa.

- Analisadores

De forma geral o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava, de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos (L'ABBATE, 2004, p. 81).

As práticas de atenção às condições crônicas propõem transformações profundas nos processos de trabalho, contribuindo para modificar práticas, em geral bastante arraigadas, ou seja, instituídas. Contudo, ainda possuem dificuldades para expandir, ou crescem de forma lenta.

Foi possível perceber este fato em conversas informais com integrantes do CEPAPS/GHC, que apontaram a dificuldade de modificar o modelo fortemente instituído. Segundo eles, o processo de trabalho na APS é bastante complexo por ser muito abrangente e multidisciplinar. De forma geral, os profissionais se sentem sobrecarregados, exigidos por uma demanda quase infinita. Então, o novo (que seriam as práticas de atenção às condições crônicas) provoca de forma inicial esse sentimento de “mais uma coisa”, de resistência, do não fazer, do não se envolver. Neste sentido, o não fazer ou a resistência dos profissionais frente às práticas de atenção às condições crônicas, torna-se já um potente analisador.

Na pesquisa tenta-se identificar os analisadores nos registros do diário de campo, nas transcrições dos grupos focais com os profissionais implicados

e nas entrevistas com os integrantes do CEPAPS/GHC responsáveis pela introdução das práticas de atenção às condições crônicas.

- Auto-gestão

O grupo e a pesquisadora precisam ter autonomia para decidir questões relativas à agenda do grupo (número de encontros, horários etc.). Este conceito está, ao mesmo tempo, associado ao processo e ao resultado da organização dos coletivos para a discussão e a resolução dos seus problemas de modo independente (GUIZARDI et al., 2015). É necessário ficar acordado no grupo *a intenção de tudo dizer ou da livre expressão*, buscar restituir os “não ditos”, que estão presentes em todos os grupos (L’ABBATE, 2013).

- Restituição

L’Abbate (2012, p. 199) salienta que restituição é o processo de devolução ao grupo “[...] do que vem acontecendo no processo de intervenção e que permite identificar aspectos contraditórios e ocultos do grupo e da organização na qual os participantes se inserem”.

Monceau diz que “a difusão dos resultados integra, em diversos graus, conforme os trabalhos, o que hoje denominamos comumente de restituição, isto é, a comunicação dos resultados aos que são o objeto da pesquisa” (2005, p. 470). Também refere que a

[...] instauração de modalidades de restituição, que devolvem aos parceiros do campo, sob modalidades e temporalidades diferentes, os resultados do trabalho. Essa prática da restituição produz oportunidades de aprofundar ou de voltar a discutir as análises e reconsiderar a orientação do próprio dispositivo de trabalho (MONCEAU, 2005, p. 474).

Para registrarem-se as diferentes atividades vivenciadas, o *diário de campo* é o instrumento mais adequado (L’ABBATE, 2012).

Por fim, Savoye refere que existem basicamente três formas de se realizar a AI (SAVOYE, 2007, p. 185; L'ABBATE, In: L'ABBATE, 2013, p. 45). São elas:

- As pesquisas teóricas e históricas: referem-se aos trabalhos epistemológicos e conceituais, bem como, os sócio-históricos;
- As pesquisas empíricas: utilização de observações de campo, entrevistas, entre outras técnicas;
- Socioanálise: é a análise em situação, onde um socioanalista efetua uma intervenção, a partir de uma encomenda de um grupo ou organização.

De acordo com Lourau (1975, p.266 apud L'ABBATE. In: L'ABBATE, S., 2013), as duas primeiras formas são denominadas de “análise no papel”, ou “análise de papel” e a terceira forma, de “intervenção institucional”, estando mais próxima da clínica psicanalítica.

L'Abbate salienta que nos três modos, os conceitos são muito semelhantes, “com diferentes nuances conforme se trate de investigação ou intervenção” (L'ABBATE. In: L'ABBATE, 2013, p.46). A socioanálise é a metodologia utilizada neste estudo.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, que tem a AI como sustentação teórica, em sua vertente socioanalítica. A opção pela AI se deve ao fato de este referencial se propor a compreender as realidades sociais e organizativas, através das práticas dos indivíduos. Congrega e desenvolve um conjunto de conceitos que possibilitam a análise e a intervenção nas organizações e instituições (L'ABBATE, 2003). Na socioanálise, o pesquisador/socioanalista busca questionar as instituições, por meio da análise das práticas do dia a dia das instituições. Ele também tenta, nesta ação, desmontar os ambientes e reestruturar novas práticas (ROCHA e AGUIAR, 2003 apud CAMPAGNOLL, 2016).

3.2 DISPOSITIVOS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

Tendo em vista a definição do objeto de estudo, dois grupos de sujeitos foram definidos: os integrantes do CEPAPS, responsáveis pelo planejamento e implantação de tecnologias que qualificam a atenção à saúde no SSC/GHC e os profissionais das Unidades de Saúde.

O SSC/GHC é composto por doze unidades e as equipes de saúde que atuam neste serviço correspondem a 39 equipes de ESF que atuam em vilas e em bairros determinados da Zona Norte e Nordeste de Porto Alegre (TAKEDA, 2013; SIS-SSC, 2017). O critério para a escolha das unidades foi definido em decisão conjunta entre a pesquisadora e integrantes do CEPAPS, levando em conta a maior familiaridade com o uso e compreensão das práticas de atenção às condições crônicas. As unidades definidas foram: Divina Providência, SESC, Costa e Silva, Floresta e Jardim Itu.

Para a realização desta pesquisa, será utilizado os seguintes dispositivos: a observação participante das práticas de atenção às condições crônicas realizadas junto às equipes de saúde, os grupos com os profissionais das unidades e as entrevistas semiestruturadas com os integrantes do CEPAPS. Também será utilizado o diário da pesquisadora.

O número de inserções, grupos e entrevistas, bem como, o de profissionais que participam não será pré-definido, considerando-se a metodologia utilizada. A quantidade necessária depende do atingimento dos objetivos esperados no decorrer da pesquisa. A atividade de campo será realizada pela pesquisadora doutoranda. Em parte destas ações, contará com uma observadora, para acompanhá-la. A seguir, uma síntese dos dispositivos que serão utilizados:

- Observação Participante

De acordo com Gerhardt e outros autores:

[...] permite captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas. Os fenômenos são observados diretamente na própria realidade. A observação participante apreende o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (Gerhardt et al. In: Gerhardt, Silveira (org.), 2009, p. 75).

Referem que esta técnica “[...] ocorre pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. Obtém informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (GERHARDT et al. In: GERHARDT; SILVEIRA (org.), 2009, p. 75.). Minayo salienta que esta técnica

[...] pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, para compreensão da realidade (MINAYO, 2008, p. 273).

As observações serão registradas em um diário de campo. As anotações contidas nos diários serão fundamentais para a identificação de analisadores, além de levantar dados que facilitem o preparo dos roteiros para os grupos focais e para as entrevistas semiestruturadas.

- Grupo

Em um segundo momento, será utilizado o dispositivo grupo, no qual será realizado quatro encontros, um com cada unidade de saúde e serão discutidas situações do cotidiano da equipe relacionadas às práticas de atenção às condições crônicas.

Estes encontros ocorreram de acordo com a disponibilidade das agendas da unidade de saúde. Todos os encontros ocorreram no período de trabalho dos participantes. Estes momentos terão duração média de uma hora, serão gravados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritos.

- Entrevista individual semiestruturada

Em um terceiro momento, serão realizadas as entrevistas individuais semiestruturadas com os integrantes do CEPAPS. A entrevista direta pode ser entendida como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do entrevistado. Enquanto instrumento de coleta de dados a entrevista está submetida a busca da objetividade, ou seja, a captação do real (HAGUETTE 1990 p.75). Ainda segundo o autor, usando métodos não estruturados, o pesquisador pode com mais facilidade impor sua presença na área a um ritmo mais apropriado, evitando as surpresas desagradáveis, que certas questões de um questionário podem suscitar.

As entrevistas serão realizadas nos espaços de atuação destes profissionais e pela própria pesquisadora. O tempo previsto para a entrevista ficará em torno de 60 minutos e serão realizadas em datas e horários a serem definidas pelos entrevistados. Serão gravadas, mediante assinatura do TCLE e posteriormente transcritas.

- Diário

O diário é uma ferramenta de intervenção na qual movimenta a reflexão da prática, traz o vivido, o não dito e a implicação do pesquisador (PEZZATO; L'ABBATE, 2011). De acordo com Lourau (1993), o diário traz a subjetividade do pesquisador, construindo e se apropriando da realidade.

O diário de pesquisa contém as anotações dos acontecimentos do estudo, em seu contexto histórico-social, em que se busca a vivência do cotidiano do trabalho que está sendo analisado, possibilitando uma reflexão das práticas, podendo assim nos mostrar o não dito da pesquisa (PEZZATO; L'ABBATE, 2011).

3.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Farão parte da análise os registros realizados durante a pesquisa, tais como, os registros dos grupos focais, das entrevistas e do diário de campo. Os conceitos da AI vão servir como uma espécie de caixa de ferramentas para a análise.

3.4 RESTITUIÇÃO

A Restituição deverá fazer parte de todas as fases da pesquisa, em todos os contatos do pesquisador com os participantes. A Restituição é a devolução e discussão do que vai sendo identificado durante a pesquisa.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo respeita as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, para o tratamento das questões éticas implicadas.

Serão garantidos o sigilo, a confidencialidade, a privacidade e o anonimato dos participantes. Os arquivos de áudio contendo as gravações de grupos focais e entrevistas serão armazenados por no máximo cinco anos. Nenhuma informação sobre os dados dos participantes será utilizada sem sua permissão e eles serão utilizados somente para o estudo. Todos os participantes assinarão o TCLE (apêndice A e B), que será apresentado em duas vias, uma entregue ao sujeito de pesquisa após a assinatura e a outra retida com o pesquisador.

Os sujeitos que participarem da pesquisa poderão correr riscos indiretos por expressar suas opiniões, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS e do GHC sob o número 18090 (ANEXO A).

5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa tem por finalidade a tese de doutorado. Pretende-se apresentar os resultados para o CEPAPS e para os trabalhadores das unidades do SSC/GHC. Além disso, apresentar em eventos e publicar na forma de artigo em revista científica. Um exemplar da tese será entregue ao Centro de Documentação do GHC, para consulta de interessados.

6. ORÇAMENTO

O orçamento abaixo descreve o material necessário para a realização do estudo.

Tabela 1: Descrição do orçamento

Descrição do Item	Quantidade	Valor Unitário	Custo Total
Canetas	12	1.50	18
Folhas A4	2	13	26
Cartuchos p/ impressora	2	110	220
Pranchetas	2	12	24
Gravador digital	2	200	400
Pilhas para o gravador	4	5	20
Transporte	30	12	360
Total (R\$)			1068

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S181-S191, 2003.

BAPTISTA, D.M.; WIENS, A.; PONTAROLO, R. REGIS, L.; REIS, W.C.T.R.; CORRER, C.J. O modelo de cuidados crônicos para diabetes tipo 2: uma revisão sistemática. **Diabetologia e Síndrome Metabólica**, 2016.

BARBIER, R. O conceito de implicação na pesquisa-ação em ciências humanas. In: BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro, Zahar, p. 105-128. 1985.

BENGOA R. In CONASS DEBATE – **A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasil**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, p. 64-83. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2014. 171 p. (CONASS Debate, 3).

CAMPAGNOLL, M. **Análise institucional das práticas de enfermagem em uma unidade básica de saúde**. 2016. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -- Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, 2016.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, Dec. 2010.

CAPUCHOL, HC et al. **Incorporação de Tecnologias em Saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde. v.13, n.3, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.

DESLANDES, SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 17, p. 389-406. 2005.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cornificados: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Mussite, v. 1. 2001.

GERHARDT, T.E. et al. Estrutura do Projeto de Pesquisa. In: Gerhardt, T.E.; Silveira, D.T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 75. 2009.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794. 2009.

HAGUETTE, T.M.F. A Entrevista In: **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, Vozes, p 75 –79. 1990.

TEIXEIRA CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien Saúde Colet**. 14(3): 783-794. 2009.

GOTTLIEB, M.G. V.; MORASSUTTI, A.L. CRUZ I.B. M – Transição epidemiológica, estresse oxidativo e doenças crônicas não transmissíveis sob uma perspectiva evolutiva. **Scientia Medica**. v. 21 (2), 69-80.2011.

GOULART, FA. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: PAHO, 2011.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: Pulsações Políticas do Desejo**. Trad. Suely Belinha Rolin, 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987 p:88-105. Título original: La Revolution Molécula ire. **II futuro demográfico dele pese** [Internet]. Instituto Nacional de Estatística. 2011. [acesso em 2018 fev. 05]. Disponível em: <http://www.istat.it/it/archivio/488751> .

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, 2003.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 8, n.1, p.265-274, 2003.

L'ABBATE, S. Análise institucional e a saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S. **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**, 1. ed. Mussite, São Paulo, 2013.

L'ABBATE, S. **Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva**. Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ, mneonize, v.8, n.1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, S. Intervenção Qualitativa em Análise Institucional. In: Barros, N.F.; Cajati, J.G.; Trato, E.R. (org.) **Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos olhares**. Campinas, p.235-246. 2005

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde, **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 34, p.6-9. 2004.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar

a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013a.

LEITE, M. T. S. et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no Norte de Minas Gerais. **REME - Rev. Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 594-600. 2012.

LENZ, M.L.M.; CAMILLO, L.E.; SILVA, D.M.F.; PIRES, N.B.V.; FLORES, R. Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. v. 17, n. 4, p. 438 – 449. 2014.

LOURAU, R. **A análise institucional**, Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. Estudos Históricos sobre a contra pedagogia. In: ALTOÉ, S. (Org.). René Loura. **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Mussite, p. 87-121. 2004d.

MARTINO A.; MARTA B.L.; SINTONI F. Modelo Assistencial da Casa da Saúde: Reestruturando o Cuidado na Atenção Primária na Itália. **Saúde em Redes**. v.3.n.1, p. 87101. 2015.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 69-82. 2014.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, Fez. 2018.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan-americana da Saúde, Brasília, 2012.

MENDONÇA CS, TAKEDA SMP, DIERCKS ML, FLORES, R. **Mudanças na atenção à saúde em condições crônicas em serviços de atenção primária**. 2016. Disponível através de tsilvia@ghc.com.br, p. 3.

MERHY, E.E, FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos teco assistenciais. **Saúde em Debate**. 27(65): 316-323 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. II ed., São Paulo, mussite, 2008.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-210, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 2018 fev. 05]. Disponível em: http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun_17.pdf

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005.

MONCEAU, G. Implicação, sobre implicação e implicação profissional. **Fractal Rev. Psicologia**. v. 20, n. 1, p. 19 – 26, jan./jun. 2008. [acesso em 2018 fev. 05]. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/viewFile/23/50>.

NANDAKUMAR, AK, FARAG, ME. **Internacional enciclopédia off public health**. San Diego, CA: Acadêmica Press; 2008. [Links] [acesso em 2018 fev. 05]. Determinants of national health expenditure; v.2, p.136-45.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde - **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington (DC), 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Genebra/ Brasil: OMS; 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas**. Washington: PAHO; 2007. [acesso em 2018 fev. 05]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-stratcncdspt.pdf>.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 195-256. 2000.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa intervenção no Brasil. **Rev. Expos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014.

SAVOYE, A. **Análise institucional e pesquisas sócio históricas: estado atual e novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Mnemonize, v. 3, n. 2, p. 181-193, 2007.

SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC). **Diretrizes para o planejamento 2013:** orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre, 2013. No prelo.

STÜRMEER PL, BIANCHINI I. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: **Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

TAKEDA SMP, MENDONÇA C, FLORES R. **Diretrizes para o Planejamento 2013-2020: Acesso; Qualidade da Atenção; Integração Ensino-Serviço. Orientações para a organização dos processos de trabalho e desenvolvimento das ações relativas às diretrizes nas unidades de saúde, centros de atenção psicossocial e consultório na rua.** Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. 2 revisão, 27 de janeiro de 2015. Disponível através de tsilvia@ghc.com.br

TAKEDA SMP. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani E. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária.** Porto Alegre: Artes Médicas, v., p.19-32. 2013.

TAKEDA, S. et al. **Buscando um indicador que permita melhor avaliar riscos/vulnerabilidade – a capacidade de autocuidado.** Versão preliminar, Porto Alegre, 2012.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M. F Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidêmico. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21 (4), p. 539-548, 2012.

VERAS, R.P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 (10), p. 1834-40, 2012.

WORLD BANK. **Populário atinge: si Latim América rede? Direction in development.** Washington DC: World Bank, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.** Geneva: WHO Library, 2014.

YAMAMOTO, T. S.; MACHADO, M. T. C.; SILVA JUNIOR, A. G. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 617-637, 2015.

ZURRO, M. **Atención primaria: conceptos, organización y practica clínica.** 6ª ed, v. 1. Madrid: Elsevier, 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) intitulada: "Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e os processos de trabalho em um serviço de atenção primária", que tem como objetivo principal analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no Serviço de Saúde Comunitária do GHC. O tema escolhido justifica-se por entender que as práticas de atenção às condições crônicas (consultas em sequência, autocuidado apoiado, estratificação de hipertensos e diabéticos, etc) determinam mudanças nos processos de trabalho, exigindo a reflexão dos gestores, coordenadores e equipes multidisciplinares.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica Cassiane Silocchi e sob a supervisão e orientação do professor Dr. José Roque Junges.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma discussão focal em grupo, gravada em áudio, com duração aproximada de 90 (noventa) minutos, a partir de um roteiro com 16 (dezesseis) perguntas.

O participante do estudo poderá expor-se a riscos por expressar opiniões sobre a estrutura organizacional da instituição. Para minimizar esses riscos será garantida a pactuação da confidencialidade do grupo na reunião de discussão focal, as observações serão feitas com o assentimento dos profissionais e todas as análises serão devolvidas e discutidas com os implicados, garantindo a transparência.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

• Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - INTEGRANTES DO CEPAPS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE INTEGRANTES DO CEPAPS

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) intitulada: "Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e os processos de trabalho em um serviço de atenção primária", que tem como objetivo principal analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas sobre os processos de trabalho no Serviço de Saúde Comunitária do GHC. O tema escolhido justifica-se por entender que as práticas de atenção às condições crônicas (consultas em sequência, autocuidado apoiado, estratificação de hipertensos e diabéticos, etc) determinam mudanças nos processos de trabalho, exigindo a reflexão dos gestores, coordenadores e equipes multidisciplinares.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica Cassiane Silocchi e sob a supervisão e orientação do professor Dr. José Roque Junges.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista, gravada em áudio, com duração aproximada de 50 (cinquenta) minutos, na qual você irá responder 10 (dez) perguntas pré-estabelecidas.

O participante do estudo poderá expor-se a riscos por expressar opiniões sobre a estrutura organizacional da instituição. Para minimizar esses riscos será garantida a confidencialidade prestada durante a entrevista.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Eu _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

• Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

ANEXO A – RESOLUÇÃO QUE APROVOU A REALIZAÇÃO DO ESTUDO



O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (CHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 0000037B), em 24 de maio de 2018, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 18090

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

JOSÉ ROQUE JUNGES

CASSIANE SILOCHI

Título: Institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e os processos de trabalho em um serviço de atenção primária.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de **APROVADO(S)** neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 24 de maio de 2018.

DANIEL GEOMETRIO FAUSTINO DA SILVA
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO B – INSTRUMENTO USADO NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO SSC

Tabela 1. SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA: descrição dos graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos. Fonte: Stürmer & Bianchini. Serviço de Saúde Comunitária, 2013

GRAUS DE SEVERIDADE DA CONDIÇÃO CRÔNICA	Exemplos
GRAU 1: presença de fatores de risco ligados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	- Tabagismo - Excesso de peso - Sedentarismo - Uso de álcool
GRAU 2: condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco	- Diabete melito e/ou hipertensão arterial sistêmica controlados conforme a meta, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco (ex Framingham)
GRAU 3: condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares	- Alto risco para doença cardiovascular (2º escore de risco) - Microalbuminúria / proteinúria - DM2 acima da meta glicêmica - Uso de insulina - HAS acima da meta pressórica - Hipertrofia ventricular esquerda
GRAU 4: condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida)	- Cardiopatia isquêmica - AVC prévio - Retinopatia por DM - ICC classes II, III e IV - Insuficiência renal crônica - Vasculopatia periférica - Pé diabético / neuropatia periférica

Quadro 1. Situações que sugerem INSUFICIENTE capacidade para o autocuidado

- Dificuldade de compreensão de sua condição crônica;
- Desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhora da sua condição;
- Baixo suporte social;
- Não se vê como agente de mudança de sua saúde;
- Recolhe-se em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição;
- Abandona o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas;
- Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

Figura 1. Estratificação por NÍVEIS DE RISCO (ou estratos de risco) segundo duas dimensões: GRAU DE SEVERIDADE DA DOENÇA e CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO ESTRATO. Fonte: Stürmer & Bianchini. Serviço de Saúde Comunitária, GHC, 2013

GRAU DE SEVERIDADE de condição crônica	CAPACIDADE PARA O AUTOCUIDADO	
	Insuficiente	Suficiente
GRAU 4	ESTRATO 5	ESTRATO 4
GRAU 3	ESTRATO 4	ESTRATO 3
GRAU 2	ESTRATO 2	ESTRATO 2
GRAU 1	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Figura 2. Os diferentes estratos/níveis de risco e as ações recomendadas, com exemplos de atividades.

Nível de atenção	Ação de saúde predominante	Exemplos de atividades
5	Gestão de caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou reunião coletiva – Particularize conforme a necessidade individual
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consultas coletivas
1	Grupos de educação em saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, 500 de ao Prato

Stürmer & Bianchini, 2012

II RELATÓRIO

SUMÁRIO

1. A ESCOLHA DO SSC/GHC.....	61
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO SSC/GHC.....	61
2. DOUTORADO SANDUÍCHE	63
2.1 MINHA PESQUISA.....	64
2.2 CENÁRIO.....	64
3. OBSERVAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE.....	66
4. ENTREVISTADOS.....	73
5. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS E CURSOS.....	75
6. A CONTRIBUIÇÃO DESTA EXPERIÊNCIA.....	78
7. RETOMANDO A PESQUISA NO SSC/GHC.....	79
7.1 ENTRADA EM CAMPO.....	79
7.2 INICIAÇÃO AO CAMPO – UNIDADE DE SAÚDE.....	83
8. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	86
9. OS GRUPOS.....	95
10. BANCA DE QUALIFICAÇÃO.....	96
11. ENTREVISTAS.....	96
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
ANEXO A – ENTREVISTA.....	98
ANEXO B – DOCUMENTO PARA ESCLARECIMENTO DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	99

1. A ESCOLHA DO SSC/GHC

Em meados de outubro de 2014, durante uma pesquisa na internet sobre o tema das condições crônicas, encontrei um texto que contava a experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) no cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes na APS. A partir disso fiz contato com CEPAPS, a fim de saber mais sobre esta experiência. O retorno demorou, pois os dias estavam tumultuados devido a mudança para um novo espaço, assim, a minha visita ao CEPAPS ficou agendada para o dia 17 de novembro. Na ocasião, fui recebida por Margarita Diercks, coordenadora do CEPAPS. Durante a conversa, conheci de perto as mudanças na atenção em saúde em condições crônicas realizadas por este serviço. Este conhecimento levou-me a optar por realizar este projeto no SSC/GHC.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO SSC/GHC

O SSC é um serviço de APS que integra o GHC. Com mais de 30 anos e considerado de excelência por seus resultados, é referência em saúde para 105 mil pessoas em Porto Alegre, RS. É composto por doze unidades básicas de saúde, em que atuam 418 profissionais distribuídos em equipes multiprofissionais e territórios delimitados. Além da atenção à saúde, o SSC realiza atividades de ensino através de programas de residência médica e multiprofissional, além de ter um centro de pesquisas em APS, atualmente desenvolvendo pesquisas de avaliação na atenção à saúde em hipertensão e diabetes.

Figura 2: Localização das US do SSC/GHC



Fonte: SSC/GHC

2. DOUTORADO SANDUÍCHE

Enquanto o projeto estava em desenvolvimento, surgiu a oportunidade de realizar uma mobilidade educacional internacional, com o apoio do PDSE e da CAPES, na Universidade de Bologna (UNIBO), Itália, junto ao Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural (CSI), entre abril e setembro de 2017.

O CSI foi criado em 2006 no Departamento de Medicina e Saúde Pública da UNIBO. O CSI se ocupa de formação e pesquisa em saúde global, adotando uma abordagem multidisciplinar que visa analisar os processos de saúde e doença em um contexto mais amplo de seus determinantes proximais e distais. As atividades utilizam metodologia participativa e envolvem pesquisadores, docentes, professores e estudantes provenientes dos diversos âmbitos disciplinares (medicina, saúde pública, antropologia médica, ciências humanas e sociais, direito e economia).

Há mais de 10 anos, a UNIBO mantém parceria em nível de graduação e pós-graduação na área da saúde com muitas instituições brasileiras. Além disso, mantém um trabalho com o Laboratório Italo-brasileiro de Educação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, que tem como objetivo fomentar e fortalecer a rede de cooperação técnico-científica em Saúde Coletiva entre Itália e Brasil que funcione como dispositivo articulador da produção de pesquisas na área, bem como a promoção de estratégias de formação em saúde para a qualificação dos sistemas de saúde nos dois países.

A proximidade destas investigações com o meu objeto de estudo, justificou a escolha pelo laboratório da UNIBO. Além disso, a escolha se deveu a excelência do trabalho do Prof. Ardigò Martino e do seu grupo de pesquisa na área da atenção primária. Seu trabalho relacionado com as condições crônicas e a necessidade de mudanças no modelo assistencial despertaram o meu interesse e motivação para entrar em contato com este grupo, considerado um dos mais importantes da Europa neste campo.

2.1 MINHA PESQUISA

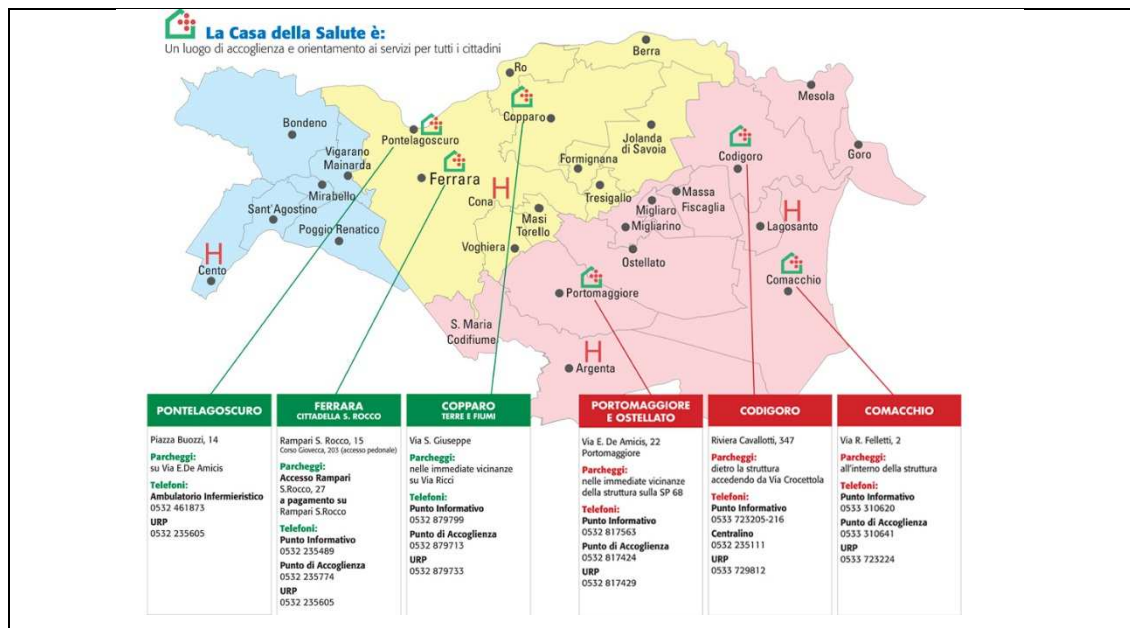
O estágio ocorreu entre abril e setembro de 2017. Após um período de ambientação institucional, adaptação da cultura local e fortalecimento da língua italiana, iniciei o planejamento da minha pesquisa. O professor Ardigò destacou que devido ao curto período de estágio doutoral, seria recomendável delimitar e mudar algumas propostas da minha pesquisa. Assim, ficou definido que nos primeiros meses eu realizaria observação nas Casas da Saúde de Ferrara, oportunizadas por meio de participações em seminários, encontros e reuniões com gestores, profissionais e comunidade e após realizaria entrevistas semiestruturadas com os profissionais/gestores com foco na organização e cuidado às condições crônicas.

2.2 CENÁRIO

O cenário de pesquisa foi Ferrara (FE), uma província italiana da região da Emilia Romagna. Esta região foi escolhida por estar entre as primeiras regiões italianas a adotar o modelo assistencial da Casa da Saúde, reestruturando o cuidado na atenção primária na Itália. A Unidade Sanitária Local (AUSL) de FE é considerada referência em saúde para uma população aproximada de 354.00 pessoas, composta por três distritos, treze núcleos de cura primária, dois hospitais comunitários, três casas da saúde em funcionamento e mais três em fase de implementação. No mesmo território há um grande hospital universitário e três hospitais menores que funcionam como spoke do hospital central.

A pesquisa foi desenvolvida junto às três casas de saúde em funcionamento: Casa della Salute Cittadela S. Rocco; Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato e Casa della Salute Terre e Fiumi.

Figura 3: Casas de Saúde de Ferrara

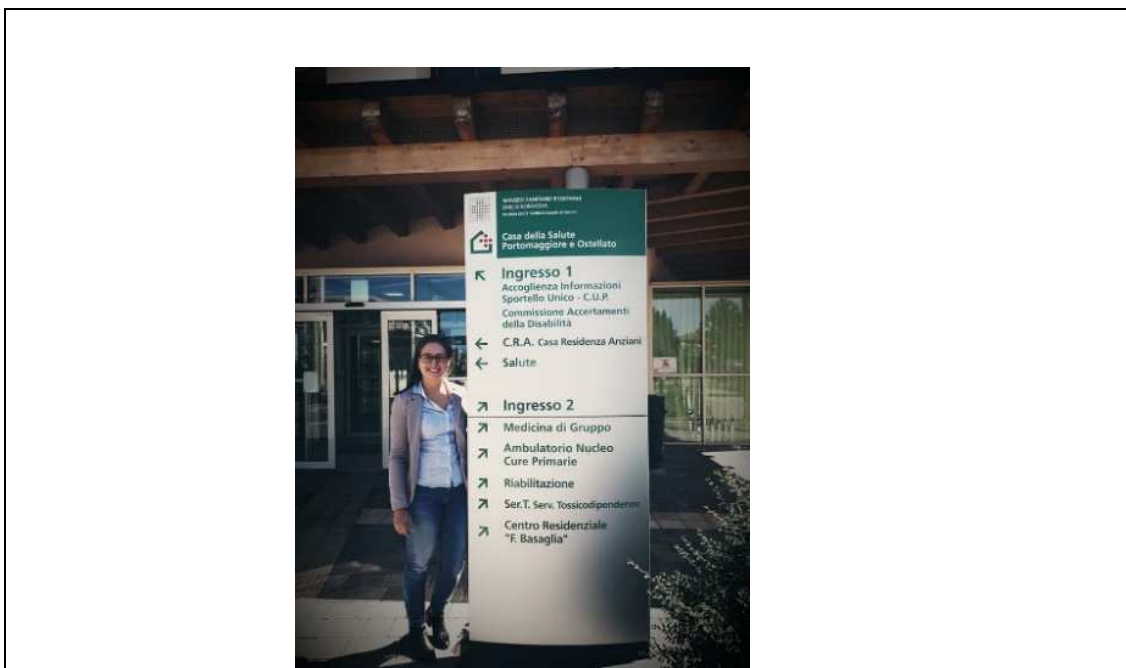


Fonte: Unidade Sanitária Local de Ferrara

3. OBSERVAÇÃO NAS CASAS DA SAÚDE

- 13/04/2017: o primeiro contato com as Casas de Saúde deu-se através de uma reunião com o grupo de pesquisa do CSI e os profissionais das Casas de Saúde, que ocorreu na Casa della Salute Citadella S. Rocco. Nesta ocasião tive a oportunidade de conhecer a estrutura da Casa da Saúde e o funcionamento dos serviços.

Figura 4: Casa da Saúde



Fonte: Arquivo pessoal

- 20/04/2017: reunião com profissionais e gestores da Casa della Salute Citadella S. Rocco para apresentação do projeto integração Casa da Saúde e comunidade, que tinha como objetivo principal abrir espaço à participação dos cidadãos nas ações desenvolvidas pelas Casas da Saúde, aproximando o serviço da população. Os profissionais ali presentes sugeriram reunir inicialmente os representantes das principais entidades da comunidade, entre elas, cooperativas, associação dos voluntários, de estrangeiros (paquistaneses e marroquinos) etc. para iniciar o trabalho participativo.

- Mês de Maio: com o auxílio do co-orientador e de uma estudante de antropologia da UNIBO e integrante do grupo de pesquisa do CSI (Sofia

Montebugnoli), iniciamos a elaboração do percurso metodológico e do roteiro de questões (anexo A). O roteiro foi baseado a partir da leitura das diretrizes da organização das Casas de Saúde (CS) que pertencem a (AUSL) de Ferrara e dos relatórios das oficinas realizadas nas CS. Além disso, utilizamos a estratégia de entrevista piloto com integrantes do grupo de pesquisa, os quais auxiliaram muito na estruturação final do roteiro. Por fim, elaboramos o documento para esclarecimento dos sujeitos da pesquisa (anexo B).

- 05/05/2017: reunião com profissionais e gestores da Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato para apresentação do projeto integração Casa da Saúde e comunidade. Os profissionais ali presentes concordaram com a ideia inicial de reunir os representantes das principais entidades da comunidade, porém, sugeriram também convidar o padre da igreja, o dono do bar, da tabacaria, o jornalista etc. Os profissionais demonstraram interesse pelo projeto e destacaram a importância do diálogo/escuta em relação as necessidades da comunidade, de explorar a riqueza do território, de construir redes de apoio social e verificar as problemáticas cotidianas da população.

- 08/05/2017: reunião com profissionais e gestores da Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato, para discutir como iniciar o processo de integração da Casa da Saúde com a comunidade e as dificuldades para colocá-lo em prática. Persistiu a ideia de inicialmente buscar as pessoas “chave(s)” da comunidade e em relação as dificuldades, os profissionais disseram que faltaria competência por parte de alguns profissionais e citaram como exemplo os médicos de medicina geral que “trabalham da forma que querem”.

- 09/05/2017: neste dia participei de uma reunião na Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato para a discussão de casos complexos, realizada pelos profissionais uma vez ao mês, há 3 anos. O caso discutido foi de Antonela, uma senhora de 60 anos com hipertensão e diabetes. A paciente faz uso de muitos medicamentos e recentemente caiu e fraturou um membro. Mora com o irmão, também diabético, e com uma amputação recente do pé. Os profissionais discutiram as várias necessidades da paciente, focando na autonomia e no empoderamento do sujeito e da família. Também foi citado o

plano de gestão nacional de cuidados crônicos e a importância de um olhar sanitário, social e econômico.

- 17/05/2017: primeiro encontro com a comunidade na Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato. Foi apresentado o projeto integração Casa da Saúde e comunidade aos representantes ali presentes. Os profissionais falaram da importância de criar um espaço permanente de diálogo com a população, da construção de uma rede social (paróquia, associações de paquistaneses, africanos etc.) e de mapear as necessidades de saúde da comunidade através da “mappatura” estática (para identificar) e dinâmica (para entender como funciona e como é ativada).

- 26/05/2017: reunião em um serviço de idosos com o objetivo de iniciar as atividades integrativas e melhorar o bem-estar das pessoas. A reunião iniciou com as seguintes questões: Precisamos de integração, como haver? Preciso de algo, quem eu contato? Foi mencionada a importância do trabalho conjunto com a Casa da Saúde, o serviço social/sanitário, associação dos voluntários, escola, autoridades religiosas, etc. e foram dadas sugestões ao grupo, como organizar as férias dos idosos e exemplos (não adianta dizer para o idoso caminhar 20 minutos ao dia, se ele vive sozinho e não é integrado com a comunidade, ou se não gosta de caminhar e prefere dançar).

- Mês de junho: Após três meses participando de diversos encontros nas Casas de Saúde e conhecendo de perto os profissionais que nelas atuam, em junho iniciei o contato e o agendamento das entrevistas com os profissionais/gestores.

- 06/06/2017: reunião com profissionais e gestores da Casa della Salute Citadella S. Rocco para discutir como iniciariam o processo de integração da Casa da Saúde com a comunidade e as dificuldades para colocá-lo em prática. Os profissionais sugeriram, inicialmente, identificar as necessidades da comunidade (ex: depressão dos idosos; falta de atividades recreativas para os adolescentes etc.) para o desenvolvimento de um sistema integrado (social

sanitário e comunitário). Em relação às dificuldades, os trabalhadores mencionaram a falta de comunicação entre os profissionais da Casa da Saúde e sugeriram encontros presenciais para eles se conhecerem, pois a grande maioria se comunica somente por telefone ou e-mail.

- 23/06/2017: segundo encontro com a comunidade na Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato, que teve como objetivo “dar voz a comunidade” para identificar as necessidades de saúde da comunidade. Emergiram os seguintes: problemas escolares (a maioria dos problemas dos alunos são problemas sanitários e sociais) e obesidade infantil e depressão nos idosos. Além disso, os representantes mencionaram que muitas vezes as famílias não têm coragem para solicitar ajuda para as entidades. Ao final da reunião, a gestora Bertila sugeriu oferecer uma visita guiada aos representantes ali presentes para conhecer a estrutura e os serviços oferecidos pela Casa da Saúde. A visita foi agendada para o dia 05/07.

- 04/07/2017: primeiro encontro na Casa della Salute Terre e Fiumi para discutir o projeto de formação dos profissionais (Formazione intervento situata per MMG). Na ocasião, foram definidas as datas e as possíveis temáticas para a capacitação dos profissionais. Alguns dos temas mencionados: organização da Casa da Saúde diante do novo cenário epidemiológico; fragmentação; acolhimento; promoção e prevenção; educação sanitária; multidisciplinaridade; intersetorialidade; resolutividade; integração com os médicos de medicina geral; longitudinalidade do cuidado; motivação dos profissionais para mudanças nos processos de trabalho.

- 05/07/2017: visita na Casa della Salute Portomaggiore/Ostellato com os representantes das entidades da comunidade. Os representantes relataram desconhecer alguns serviços ofertados pela Casa da Saúde e tanto profissionais, como representantes mencionaram dificuldades na comunicação com os estrangeiros.

- 19/07/2017: segundo encontro na Casa della Salute Terre e Fiumi para discutir o projeto Formazione intervento situata per MMG. Na ocasião foi discutida a arquitetura do curso. Foi definido que a formação iria abranger os profissionais das Casas de Saúde de Comáquio, Portomaggiore, Ferrara e Copparo e os grupos seriam de no máximo 20 profissionais, totalizando 16 horas de formação base. Também foram lembradas as temáticas e os objetivos da formação, destacando a importância do empoderamento dos profissionais e a necessidade de desenvolver novas estratégias, pois os momentos de encontro, reunião e palestras sempre acontecem da mesma maneira.

- 23/07/2017: terceiro encontro na Casa della Salute Terre e Fiumi para dar continuidade ao projeto Formazione intervento situata per MMG. Na ocasião, foi referido que cada Casa da Saúde deveria indicar no mínimo quatro profissionais e que o processo de formação representa um desafio para os profissionais, pois esta é a primeira formação na Casa da Saúde. Também foi mencionado que este deveria ser um espaço de encontro entre os profissionais, para que se conheçam e tenham a oportunidade de falar sobre as atividades que desenvolvem, além das novas modalidades de trabalho diante da fragmentação dos serviços.

- 28/07/2018: terceiro encontro com a comunidade na Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato para iniciar o trabalho integrado e discutir sobre a visita realizada na Casa da Saúde. Na ocasião, foram levantadas dúvidas e sugerido propostas, entre elas, a de ser necessário promover a prática de esportes na comunidade para crianças e adolescentes. Além disso, mencionou-se a falta de comunicação entre os italianos e os estrangeiros e a necessidade de se discutir estes problemas de comunicação. No final do encontro, os profissionais discutiram formas de realizar os encontros, sem que se tornem algo do tipo congresso ou lição universitária.

- Meses de julho e agosto: Paralelo a estas atividades, nos meses de julho e agosto realizamos as entrevistas semi-estruturadas. Estas ocorreram no próprio espaço das Casas da Saúde em dias e horários acordados

com os entrevistados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em italiano, com o auxílio da Sofia. Ainda foi obtido o consentimento dos participantes mediante adesão de um documento para esclarecimento do sujeito da pesquisa.

- 06/09/2017: primeiro encontro do novo projeto, ministrado pelo professor Ardigò Martino. Neste primeiro encontro foram abordadas as seguintes temáticas: transição epidemiológica e demográfica; globalização; sustentabilidade do sistema; modelo de atenção às condições agudas versus crônicas; reorientação do modelo de cuidado; Chronic Care Model (CCM); redes de atenção à saúde; cuidado longitudinal; medicina de iniciativa; sistema proativo; engajamento dos profissionais e intersectorialidade.

- 20/09/2017: segundo encontro da Formazione intervento situata per MMG na Casa della Salute Portomaggiore – Ostellato, ministrada pelo professor Ardigò Martino. Neste segundo encontro foram abordadas as seguintes temáticas: sustentabilidade econômica; atividades promotivas e preventivas diante da cronicidade; teorias e princípios da promoção da saúde; declaração da Alma-Ata; determinantes sociais; relações humanas; trabalho em equipe; mediação de conflito; integração sócio sanitária e metodologias para trabalhar com a comunidade. Além disso, foram realizadas duas dinâmicas de grupo com os profissionais.

Figura 5: Dinâmica de grupo



Fonte: Arquivo pessoal

3. ENTREVISTADOS

O número de entrevistas obedeceu ao critério de saturação, onde foi interrompida a inclusão de novos participantes quando os dados passaram a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na construção dos dados. Assim, o universo de pesquisa foi composto por onze sujeitos. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram identificados por nomes de flores.

Quadro 1 – Entrevistados

DATA	ENTREVISTADOS	FORMAÇÃO	CASA DA SAÚDE
05/07/2017	Primavera	Pedagoga	Cittadela S. Rocco
05/07/2017	Boninia	Médica	Cittadela S. Rocco
13/07/2017	Azaléia	Enfermeira	Portomaggiore
17/07/2017	Ninféia	Enfermeira	Portomaggiore
17/07/2017	Perpétua	Enfermeira	Cittadela S. Rocco
25/07/2017	Moréia	Enfermeira	Cittadela S. Rocco
25/07/2017	Narciso	Médico	Cittadela S. Rocco
25/07/2017	Peônia	Médica	Cittadela S. Rocco
04/08/2017	Érica	Médica	Cittadela S. Rocco
17/08/2017	Amarílis	Médico	Terre e Fiumi
17/08/2017	Camélia	Médica	Cittadela S. Rocco

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

Uma breve síntese da análise das entrevistas:

Tanto profissionais, como usuários, são resistentes diante das práticas inovadoras. Os profissionais não querem mudar, principalmente os mais antigos demonstram maior resistência à implementação de ações que ocasionem mudanças na rotina. No distrito de Copparo são 28 médicos de medicina geral próximo a aposentadoria. No que tange aos usuários, os profissionais destacaram que as pessoas com condições crônicas ainda relutam em compreender a importância do protagonismo na saúde e ainda possuem a concepção enraizada que saúde se resume ao hospital.

Os profissionais destacaram falta de integração e trabalho em equipe. O fato de todos os serviços estarem localizados no mesmo local não impede que os serviços individuais continuem a funcionar como sempre fizeram, sem se integrar. Outro ponto destacado é a necessidade de construir políticas intersetoriais para, então, quebrar a estrutura separada das casas de saúde e incentivar a intersectorialidade entre os profissionais.

Os profissionais apontaram deficiência no processo de formação frente às profundas mudanças ocorridas nas últimas décadas. Outro ponto importante destacado foi a falta de uma cultura de trabalho em equipe e a gestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. Diante disso, os profissionais relataram a necessidade urgente de mudanças na formação, a fim de que saibam como se relacionar com outros papéis e implementar um trabalho em equipe.

4. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS E CURSOS

- 07/04/2017: Jornada europeia contra a comercialização e a privatização da saúde, realizada na Piazza Maggiore no centro de Bolonha.

Figura 6: Dia Mundial da Saúde



Fonte: arquivo pessoal

- 11/04/2017: seminário “A comunidade que cura: uma pesquisa ação para promover saúde e participação na zona de Pescarola”, realizado no Departamento de Ciências Médicas e Cirúrgicas da UNIBO. Foi apresentada a pesquisa e abordada as seguintes temáticas: necessidades de saúde; empoderamento comunitário e promoção da saúde.

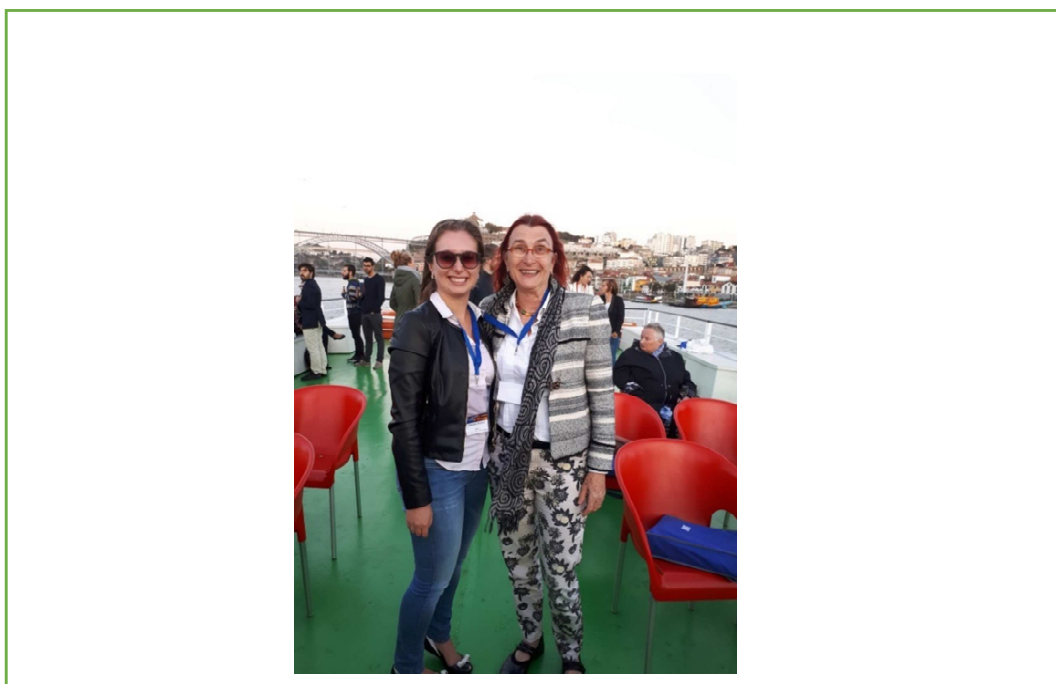
- 05/06/2017: seminário La Casa Della Salute: Risorsa della Comunità realizado na Sede di Portomaggiore, Piazzale Studenti. O seminário abordou as seguintes temáticas: a inovação dos percursos assistenciais e a gestão organizativa na Casa della Salute Portomaggiore e Ostellato; os recursos da

comunidade para o desenvolvimento do sistema social e sanitário; o novo cenário epidemiológico e a integração entre o serviço social, sanitário e comunitário. Estavam presentes autoridades da saúde de Portomaggiore, Ostellato e Ferrara e profissionais e gestores das Casas da Saúde.

- 27/07/2017: seminar advances in health services reserach realizado no Instituto de Higiene da Universidade de Bologna. Palestrantes: professor Mark Hlatak, MD - Department of Health Reserch and Policy Stanford University; professor Tina Hernandez- Boussard, PhD, MPH – Center for Biomedical Informatics Research, Standord University e professor Maria Pia Fantini, MD – Department of Biomedical and Neuromotor Sciences, University of Bologna.

- 25 e 26/09: European Forum for Primary Care na cidade de Porto, Portugal. O grupo de pesquisa do CSI apresentou na modalidade de pôster, o trabalho intitulado: Adaptive policies and health homes implementation in the Ferrara Ausl (Emilia-Romagna Region, Italy). Neste evento também tive a oportunidade de conversar com a pesquisadora brasileira e referência no meu projeto de tese, Ligia Giovanella.

Figura 7: Pesquisadora Ligia Giovanella



Fonte: arquivo pessoal

- 29/09: neste dia assisti a defesa de tese de duas egressas do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, que realizaram o doutorado pleno na Universidade do Porto. As teses são intituladas: Sofrimento moral: avaliação de risco em enfermeiras, defendida por Rafaela Schaefer e Sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos na atenção primária, defendida por Carlise Rigon Dalla Nora.

5. A CONTRIBUIÇÃO DESTA EXPERIÊNCIA

Ao decidir realizar um doutorado sanduíche em uma região italiana, pretendeu-se ampliar o horizonte do debate sobre o cuidado às pessoas com condições crônicas. Não se pretendeu, de forma nenhuma, sugerir que o caso brasileiro venha a seguir os mesmos passos, pois certamente existem mais diferenças que semelhanças entre as regiões no que concerne seus respectivos sistemas de saúde. No entanto, a experiência vivida nesta região pode ser colocada como pontos de reflexões para profissionais e gestores brasileiros frente a dilemas que se apresentam na institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas. As soluções e os problemas serão sempre diferentes para cada região, mas lições podem ser aprendidas “olhando para fora” e buscando compreender como desafios semelhantes foram superados.

Até o momento esta experiência resultou em dois artigos científicos, um já publicado na revista Saúde em Redes e outro ainda em fase de finalização, que utilizará a análise das entrevistas italianas.

6. RETOMANDO A PESQUISA NO SSC/GHC

Após o retorno ao Brasil, relatei ao orientador a minha experiência na Itália e fui convidada a falar sobre na reunião do colegiado do PPG. Feito isso, retomei o projeto de pesquisa no SSC/GHC. Finalizado, submeti o projeto na Plataforma Brasil, em que obtive aprovação no dia 08/06/2018. Após a aprovação, fiz contato com a coordenadora geral da gerência do SSC para o

agendamento da apresentação do projeto na reunião dos assistentes de coordenação (A.C) das unidades de saúde (US).

7.1 ENTRADA EM CAMPO

No dia 19 de junho de 2018 apresentei o projeto de pesquisa para os A.C das unidades do SSC/GHC. A reunião desenvolveu-se no Auditório do Instituto da Criança com Diabetes (ICD) do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Após a reunião, fiz contato telefônico com cada A.C das unidades definidas para o agendamento das visitas nas US.

O primeiro contato telefônico foi com o A.C Dr. Douglas da US **Costa e Silva**. Douglas sugeriu uma conversa com toda a equipe e agendou o encontro para o dia 4 de julho.

O segundo contato telefônico foi com a A.C Enf. Jéssica da US **Divina Providência**. Jéssica agendou minha visita para o dia 5 de julho.

O terceiro contato telefônico foi com a A.C Margaret da US **SESC**. Margaret disse que a U.S realizava consultas sequenciais coordenadas por Norma e passou o contato dela. A visita ficou agendada para o dia 14 de agosto.

O quarto contato telefônico foi com o A.C. Enf André da US **Floresta**. O Enf. André não compareceu na reunião em que apresentei a pesquisa, assim enviei para ele a apresentação e o projeto. André questionou-me bastante sobre a pesquisa, em relação à escolha da unidade e os instrumentos de coleta de dados. Disse também que estavam participando de uma pesquisa sobre entrevista motivacional em pessoas com hipertensão e diabetes e que temia que a unidade não tivesse espaço para a minha pesquisa. Assim, disse que conversaria com a gerência da saúde comunitária e repassaria um posicionamento. Após alguns dias, a Dra. Silvia Takeda da gerência fez contato comigo e disse que o Enf. André justificou que não havia possibilidades de realizar a pesquisa, pois já existia outra em andamento nos mesmos grupos de interesse. A Dra. Silvia disse que o André havia lido o projeto, sabia com detalhes a metodologia, ou seja, houve esforço, mas a equipe concluiu que não seria possível.

O quinto contato telefônico foi com a A.C Lúcia da US **Jardim Itu**. Lúcia não estava presente no dia em que apresentei o projeto, assim solicitou o envio do projeto por e-mail. Após uma semana, Lúcia retornou, solicitando desculpas pela demora e dizendo que estava com muitas atividades e sem tempo para muitas coisas extras. Além disso, disse que o período de pesquisa ficou muito prejudicado, pois a unidade estaria fechada nos próximos três meses devido a reformas, funcionando apenas alguns atendimentos em um esquema muito provisório.

Das cinco unidades indicadas, só havia conseguido agendamento em três. Assim, fiz contato com a gerência da saúde comunitária explicando o ocorrido. A gerência, então, indicou mais três unidades: Santíssima Trindade, Conceição e Barão de Bagé.

O primeiro contato foi com a A.C Ana Carla da US **Conceição**. Ana Carla disse que a US realizava estratificação de risco das condições crônicas e registrava no sistema. Além disso, disse que no momento estavam realizando somente consultas médicas e de enfermagem. As buscas ativas de pessoas com hipertensão e diabetes não estavam acontecendo por falta de profissionais. No momento, a US estava somente com sete ACS e não possuía salas suficientes para outros tipos de atividades.

O segundo contato telefônico foi com a A.C Martha da US **Barão de Bagé**. Martha disse que nos turnos de agenda dos profissionais, geralmente, são atendidos pacientes da ação programática, mas não tem uma agenda específica para isso. Além disso, falou que a US no momento não estava realizando outras práticas de atenção às condições crônicas, pois vários profissionais estavam em período de férias (inclusive ela) e que também não tinha nada previsto oficialmente para o próximo semestre.

Depois destas tentativas, fiz novamente contato com a gerência (Margarita Diercks, Silvia Takeda e Simone Bertoni). Silvia sugeriu que eu realizasse contato com as demais unidades.

O primeiro contato foi com a US **Nossa Senhora Aparecida**. A A.C disse que no momento a U.S estava somente realizando consulta individual. A única atividade com pessoas com condições crônicas era realizada por uma médica que estava de férias. Talvez em agosto iniciasse um grupo a partir da estratificação de risco. Seriam quatro encontros e cada um deles abordaria

um assunto (alimentação, medicação etc.). O último aconteceu em maio. A A.C ficou de fazer contato comigo caso a atividade acontecesse.

O segundo contato foi com o A.C da US **Parque dos Maias**. O A.C disse que, antigamente, quando havia outro médico na US, aconteciam consultas sequenciais e outras atividades com as pessoas com condições crônicas, mas que no momento nenhuma estava acontecendo.

O terceiro contato foi com a A.C Aline da US **Coinma**. Aline disse que no momento a US não estavam realizando nenhuma das práticas de atenção às condições crônicas, pois estavam atendendo em um local provisório (um galpão), pois a US estava passando por reformas.

O quarto contato foi com a A.C Landia da US **Jardim Leopoldina**. Landia solicitou o envio do projeto, mas não retornou.

O quinto contato foi com a A.C Camila Funk da U. S Santíssima Trindade. Camila solicitou o envio do projeto por e-mail. Após cinco dias, ela fez contato dizendo que como a US não estava no escopo inicial da pesquisa, o projeto deveria ser repassado ao colegiado de gestão e aos coordenadores do programa Hiperdia. Além disso, solicitou compreensão, pois no momento estaria desempenhando diferentes funções locais (assistência, ensino, vigilância e gestão). Após uma semana, Camila fez contato dizendo que a pesquisa foi acolhida pela equipe e repassou o contato da Rosane Esteves, a profissional que seria minha referência na equipe. Solicitou também que eu agendasse com ela um primeiro momento de conversa, antes do início da observação participante. Fiz contato com a Rosane e o nosso encontro ficou agendado para o dia 04 de julho.

Após contato com as doze unidades, ficaram definidas as seguintes: Divina Providência, SESC, Costa e Silva e Santíssima Trindade.

7.2 INICIAÇÃO AO CAMPO – UNIDADES DE SAÚDE

- US Santíssima Trindade

No dia 04 de julho cheguei um pouco antes do horário marcado e aproveitei para observar o ambiente. As paredes estavam cheias de cartazes referentes a convocação de grupos e fotos de eventos passados. As paredes

me mostravam um “ar diferente” do que eu encontrei nas outras unidades, pois, nesta eu observei, através das fotos e dos vários cartazes, uma preocupação real (materializada) em educar e promover a saúde. Em seguida, fui recebida pela técnica de enfermagem Rosane Esteves, que conversou comigo na sala de vacinas. A Rosane foi coordenadora do Hiperdia por doze anos, portanto interessou-se pela minha pesquisa. Ela disse que já havia lido o meu projeto e começou a falar das práticas de atenção às condições crônicas que já tinham sido realizadas na U.S. O planejamento das práticas para o segundo semestre ainda não estava concluído. Após a conversa, ela mostrou toda a US e me apresentou aos profissionais. Como ela tinha outras atividades, a conversa foi breve, ficando acordado um comunicado assim que as práticas iniciassem.

Figura 8: Mural da Unidade



Fonte: arquivo pessoal

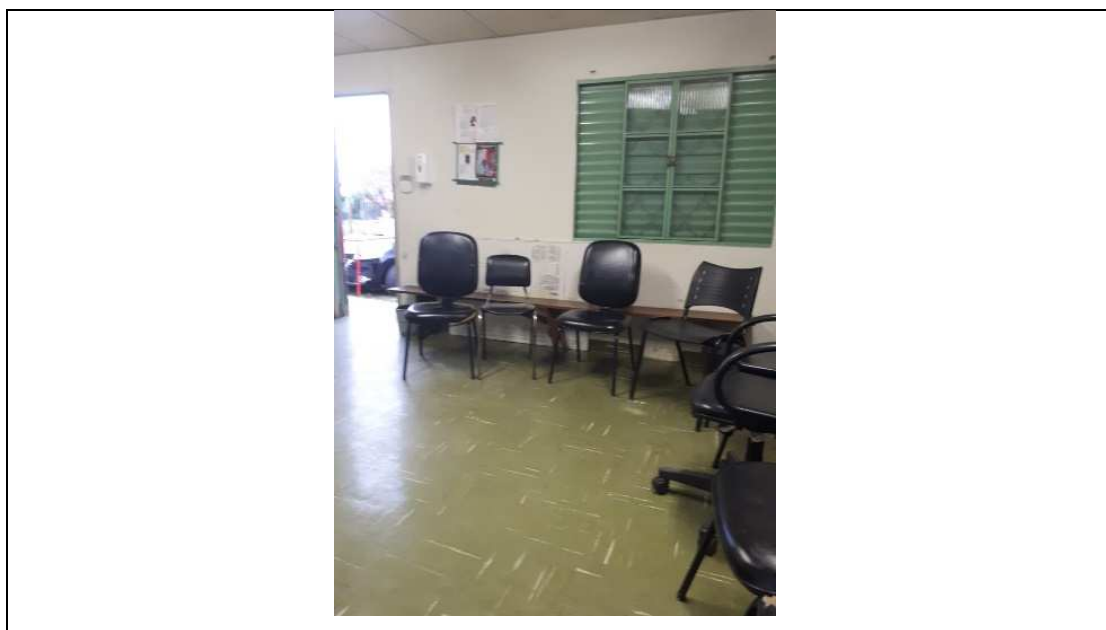
- US Costa e Silva

No dia 4 de julho fui recebida na US pelo A.C Dr. Douglas e convidada a dirigir-me em uma sala para a reunião da equipe. Na ocasião, fui apresentada por ele e apresentei o projeto de pesquisa. A equipe acolheu a proposta e a psicóloga Emanuele sugeriu um comunicado prévio para os integrantes dos grupos Saúde no Prato e Saúde Mental, antes que eu

iniciasse as observações. Emanuéli também relatou que a residente de enfermagem Mariana (não estava presente) juntamente com os ACS estavam realizando um levantamento e planejamento para o acompanhamento de pessoas com condições crônicas, sugerindo que eu conversasse com ela na minha próxima ida à US.

Um integrante da equipe também se manifestou dizendo que antigamente realizavam consultas sequenciais, mas que nenhum paciente comparecia e que equipe não investiu mais nesta prática. Outro integrante também disse que não tinha entendido o porquê a US Costa e Silva havia sido indicada pela gerência. Douglas concordou e disse que não tinha entendido, visto que no momento a US não estava realizando muitas práticas relacionadas às condições crônicas. Expliquei então que foram indicadas porque eram as US mais familiarizadas com a compreensão e uso destas práticas, bem como, explica o projeto (os dois se olharam e pareciam ainda não estarem entendendo a indicação). Como era uma reunião de equipe e os funcionários tinham muitas pautas, encerrou-se a minha fala neste momento, ficando acordado que a A.C Emanuéli me comunicaria assim que falasse com os grupos acima mencionados.

Figura 9: Espaço de reunião de grupo e realização dos grupos



Fonte: arquivo pessoal

- US Divina Providência

No dia 5 de julho cheguei um pouco antes do horário marcado e aproveitei para observar o ambiente. No local que eu aguardava (parte externa da unidade) havia uma churrasqueira abandonada, lenhas espalhadas pelo chão e uma pia de concreto inutilizável. Havia também muito ruído de carros e de pessoas que caminhavam na calçada. Além disso, era um dia muito frio e eu e mais algumas pessoas estávamos protegidas somente por um toldo.

Em seguida, a assistente social, Lenir, convidou-me para entrar na parte interna e começamos a conversar sobre o meu projeto de pesquisa. Quando falei que o tema envolve condições crônicas, ela comentou de um evento que o SSC/GHC estava promovendo sobre esta temática. Enquanto conversávamos, chegou a enfermeira Rosemari e convidou-me para conhecer a unidade. Enquanto transitávamos, chamou a minha atenção a falta de uma sala própria para reunião de equipe. Questionei Rosemari e ela comentou que todas as salas da unidade estão sempre ocupadas com algum tipo de atendimento e que, por isso, as reuniões de equipe acontecem na sala de espera dos pacientes. Por esta razão, a unidade não recebe mais residentes, em função de não ter um lugar apropriado para estudos.

Depois de um pequeno atraso, a A.C Jéssica chegou e conversamos sobre as práticas que estavam acontecendo na unidade. Ela também deixou comigo o cronograma do semestre.

Figura 10: Cronograma grupo Saúde no Prato



Fonte: arquivo pessoal

- US SESC

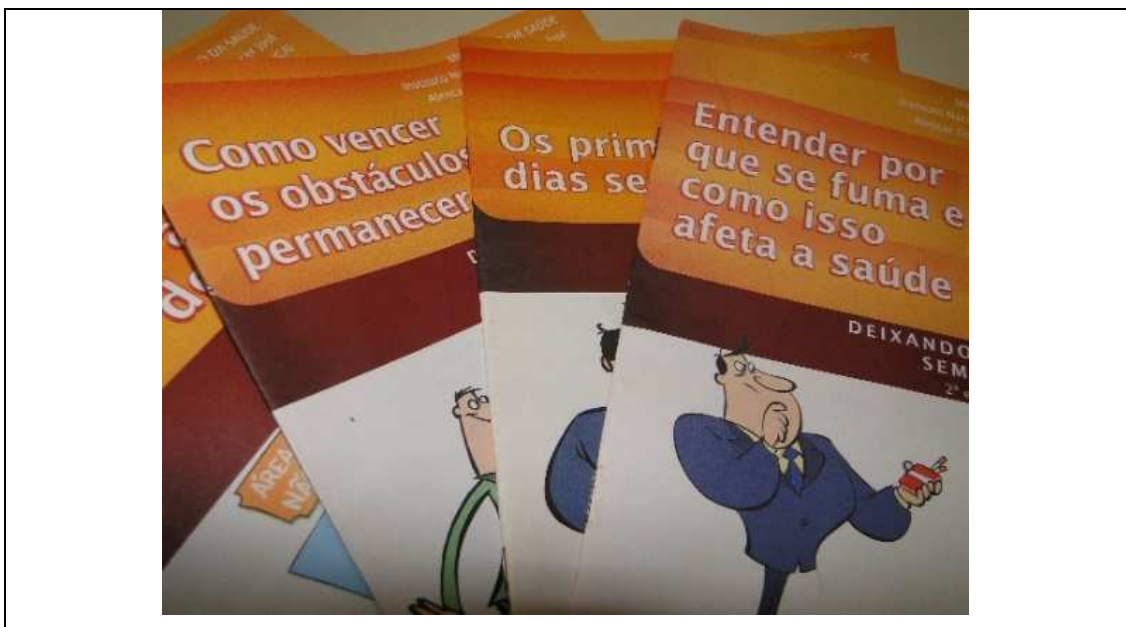
A US fica localizada na Vila Jardim, que está entre as mais violentas do município. Em 2016, a unidade foi fechada temporariamente em virtude da violência na região. Por esse motivo, muitas vezes eu tinha dificuldade de conseguir um motorista de aplicativo. Além disso, eu não ficava até o fim do dia na unidade, pois era comum tiroteios nesta região.

Na minha primeira visita, no dia 14 de agosto, conversei brevemente com a A.C sobre as práticas de atenção às condições crônicas. Um dos meus questionamentos foi o motivo, pelo qual, as consultas sequenciais para asma não estavam mais sendo realizadas, visto que a unidade SESC era reconhecida pelo sucesso desta modalidade de atendimento. Margaret elencou diversos motivos e ficou combinado que eu aprofundaria a discussão sobre esta temática durante a realização do grupo.

Em seguida, fui apresentada para uma residente de odontologia que faz parte do grupo de cessação do tabagismo, que acontece na unidade. Conversamos sobre o grupo na sala do dentista, enquanto aguardávamos a chegada do dentista Daniel Demétrio Faustino da Silva, coordenador do grupo. Este grupo utiliza o método da consulta coletiva, além de abordagens

motivacionais para cessação do tabaco. Os grupos iniciaram em 2011, sendo que, desde então, já foram realizados 12 grupos, destes participaram 109 pessoas, das quais 46 pararam de fumar no 4º encontro, o que representa 42,2% de cessação.

Figura 11: Material do grupo do tabagismo



Fonte: arquivo pessoal

7. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- 05-07-2018 – manhã

US Divina Providência

Prática de atenção às condições crônicas: consulta coletiva

Projeto: Saúde no Prato (1º encontro)

O encontro iniciou-se com a apresentação das profissionais (inclusive a minha) e após dos participantes. Na ocasião, estavam presentes nove pessoas (oito mulheres e um homem), sendo que havia catorze inscritos. Todos falaram o seu nome e o motivo pelo qual estavam ali. Os motivos foram os seguintes: encaminhamento médico; emagrecimento; reeducação alimentar e mudanças de hábitos.

A atividade iniciou com a aplicação de um questionário que envolve questões relacionadas ao trabalho, sono, hábito intestinal, hidratação, refeições que faz ao dia, tabaco, ingestão de bebida alcoólica, atividade física, doenças e expectativas em relação ao grupo. A média de idade do grupo foi de 40/60 anos. Destes, três trabalhavam, um era fumante, dois ingeriam bebidas alcoólicas e somente dois realizavam algum tipo de atividade física. Quanto às doenças, quatro possuem diabetes e um hipertensão.

Após responderem ao questionário, os participantes construíram uma Mandala. A Mandala estava dividida em 24 horas e eles tinham que colorir de acordo com o número de horas de sono, hidratação, alimentação, higiene, ócio, atividade física, trabalho e lazer. Em seguida, após colorir, eles conversaram sobre a atividade. Cada um olhando para a sua Mandala, fez uma breve reflexão sobre a quantidade de horas destinadas a cada aspecto mencionado anteriormente.

Finalizado o encontro, a nutricionista, a técnica de saúde bucal e as ACS reuniram-se para falar da atividade realizada. A única pauta discutida foi a dificuldade de uma participante analfabeta durante a prática. Todas as profissionais sugeriram a necessidade de um atendimento individual para este caso.

- 23/07/2018 – manhã

US Costa e Silva

Prática de atenção às condições crônicas: consulta coletiva

Projeto: Saúde no Prato (3º encontro)

O projeto Saúde no Prato desta US é coordenado pela nutricionista Natália, juntamente com quatro residentes do GHC, três da nutrição, uma da medicina e um estagiário de medicina comunitária da UCS. O encontro iniciou-se com a minha apresentação e após a dos participantes. Na ocasião, estavam presentes quatro pessoas (dois homens e duas mulheres).

Neste terceiro encontro do grupo, foram trabalhados os passos 4,5 e 6 para a Alimentação Saudável, orientados pelo Ministério da Saúde. O passo 4 é redução do consumo de sal. Os participantes questionaram sobre a quantidade de sal recomendada, o uso de tempero e o consumo de miojo. A

nutricionista falou da importância de estarem atentos aos alimentos que estão comprando, da quantidade de sódio na massinha miojo e da importância de investir em temperos naturais, ao invés dos industrializados.

O passo 5 é: faça pelo menos três refeições e um lanche por dia. Não pule as refeições. Os participantes questionaram sobre a substituição de refeições, os tipos de leite (integral, desnatado, semidesnatado e em pó) e a quantidade de gordura/óleo. A nutricionista falou da importância do número de refeições, mesmo durante o trabalho, de investir em um bom café da manhã, por ser a primeira carga de energia do dia, além de questões culturais e hábitos familiares.

O passo 6 é: reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para, no máximo, duas vezes por semana. A nutricionista falou da importância de estar atento aos rótulos/marcas e a quantidade de açúcar em determinadas frutas.

Finalizaram-se os três passos e encerrou-se a atividade. Após, conversei com a nutricionista. Natália falou do desenvolvimento do apoio matricial e da impossibilidade de realizar grupos mensalmente devido à demanda por atendimentos individuais na sua área.

- 23/07/2018 – tarde – 13 horas

US Costa e Silva

Reunião de discussão do Hiperdia na miniequipe.

Estavam presentes um médico, duas ACS e quatro residentes do GHC (enfermagem e medicina). A residente de enfermagem Mariana Pairé Rosa me apresentou e em seguida exibiu o sistema SIS/GHC. Mariana e as ACS estão realizando um levantamento de hipertensos e diabéticos da área de referência (no momento 150 hipertensos e 80 diabéticos), que pretende verificar se todos hipertensos e diabéticos estão sendo acompanhados longitudinalmente. O médico solicitou que a residente e as ACS finalizassem rapidamente este levantamento, a fim de iniciar o plano de desenvolvimento de cuidado para estes usuários diagnosticados com HAS e DM.

- 14h30min

Grupo Saúde Mental

O grupo Saúde Mental é coordenado pela psicóloga e preceptora da residência do GHC Emanuele Luiz Proença e a residente de psicologia Martina. Neste dia, Emanuele não estava presente, assim, foi coordenado por Martina. Estavam presentes cinco mulheres e um homem. Todos se apresentaram (inclusive eu) e falaram o motivo pelo qual estavam ali. Os motivos principais foram problemas com relacionamentos e endividamentos. Os participantes manifestam as suas problemáticas até o encerramento do encontro. Somente uma participante ausentou-se da sala durante o encontro.

- 14/08/2018- tarde- 14 horas
US SESC
Grupo Tabaco (2º encontro)

Estavam presentes duas pessoas (Jorge e Adriane). O encontro iniciou com a aplicação de um teste inserido no manual do participante (sessão 1) produzido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Após os participantes começaram a falar da sua semana em relação ao cigarro.

Adriane é casada, tem dois filhos, é fumante desde os 14 anos e fuma cinco cigarros por dia. A única interrupção foi na gravidez e durante a amamentação. Atualmente é fumante e só consegue ir aos pés quando fuma. Segundo ela, a família está apoiando-a para que ela consiga parar de fumar, mas Adriane diz estar cada vez mais difícil conseguir.

Jorge é aposentado, casado e tem um filho. A esposa também era fumante e parou na gravidez. Relata estar feliz, pois conseguiu parar de fumar desde o primeiro encontro do grupo. Também disse que iniciou a realizar atividade física e que está sentindo a nicotina sair do corpo. Sua maior preocupação é vivenciar uma situação de stress e ter uma recaída.

Depois que os participantes relataram sobre a sua semana em relação ao fumo, Daniel questionou Adriane: Qual você acha a melhor estratégia para parar de fumar? Ela ficou em silêncio. Daniel sugeriu que ao invés de fumar, ela tentasse ler no banheiro, assim conseguiria relaxar e ir aos pés. Ela

concordou com a ideia e disse que iria fazer um esforço para conseguir. Também mencionou Jorge, dizendo que ele era a sua inspiração, pois já tinha conseguido parar por uma semana. Jorge foi elogiado por todos e incentivado a manter-se sem fumar por mais uma semana.

No final do encontro questionei a equipe quanto ao número de participantes. Os profissionais falaram que no primeiro encontro foram sete pessoas e que agora não sabiam o motivo dos faltosos. Também disseram que iriam realizar novamente contato telefônico com estes para reforçar o convite.

- 16/08/2018 – tarde – 12h30min
US Santíssima Trindade
Reunião para o planejamento de uma ação para asma

O planejamento da ação aconteceu na sala de reunião da U.S. A sala é utilizada para as reuniões de equipe e para as aulas de seminário dos residentes do GHC. Estavam presentes a técnica de enfermagem (Rosane), duas ACS, uma farmacêutica e três médicos. Eles analisaram todos os prontuários das pessoas com asma e verificaram a utilização de medicação; o número de internações e o tempo de retorno para a US.

Após a análise, planejaram a ação da seguinte forma: dia definido: 01/09 (sábado); 09h15min- 09h30min acolhimento; 09h30min-10h15min roda de conversa; 10h15min-10h30min lanche e um encerramento falando sobre os mitos e verdades sobre a asma. Para o encerramento da ação, os profissionais sugeriram algo lúdico (colagem de figurinhas no espaçador da bombinha de asma das crianças.). Foi definido que o convite para esta ação, seria realizado no território (nas casas das pessoas, nos mercados etc.). Além disso, o convite seria personalizado com o nome do usuário indicado nos prontuários.

Chamou-me a atenção três pontos importantes durante o planejamento desta ação: a forma como a equipe aborda as pessoas; o fato de realizar em um sábado e o lanche disponibilizado durante a ação. Nas outras U.S, os convites para os grupos, para as ações e as buscas por faltosos são realizadas pelos ACS ou por contato telefônico. A U.S Santíssima Trindade

envolve toda a equipe na abordagem das pessoas e vai ao encontro delas. Outro ponto positivo é a realização em um sábado, com o intuito de alcançar mais pessoas, inclusive àquelas que trabalham e não podem participar durante a semana. E o terceiro ponto positivo foi a disponibilidade dos profissionais na preparação dos lanches, custeado por eles mesmos.

Foi importante acompanhar o planejamento desta ação e perceber o envolvimento da equipe como um todo. Nas outras U.S, as equipes realizam o planejamento das atividades do ano em dezembro. Nesta U.S, as atividades são planejadas conforme as necessidades das pessoas. Exemplo: Se durante a análise dos prontuários, os profissionais tivessem verificado a ausência de pessoas faltosas, a redução de internações etc., a ação não seria realizada naquele momento.

- 21/08/2018 – manhã – 08h40min
US Divina Providência
Ação para asma

A ação para asma acontece duas vezes ao ano (uma no primeiro semestre e a outra no segundo). Foi coordenada por um médico e uma farmacêutica. Estavam presentes nove pessoas. Durante o encontro, as mães ficaram na parte externa e as crianças na parte interna. Lá elas assistem TV e fazem desenhos sob os cuidados de uma ACS. Três crianças não quiseram ficar na parte interna e ficaram junto às suas mães/avós ou responsáveis.

O médico iniciou falando sobre asma e após interrogou as participantes sobre os sintomas, questões ambientais (mofo, umidade, tapetes/carpetes) e cigarro. Após a fala do médico, a farmacêutica falou sobre os medicamentos para a crise asmática e realizou demonstrações de técnicas inalatórias (salbutamol spray, bombinha, espaçador etc.). Houve vários questionamentos sobre alergia, inflamação, brônquios, falta de ar, chiado e saturação. Após a fala dos profissionais, as crianças realizaram consulta individual com o médico e, então, encerrou-se a ação.

Enquanto o médico realizava as consultas, fui convidada pela farmacêutica para conversar e tomar um chimarrão. Nesta conversa também estava presente uma enfermeira. A conversa foi bastante produtiva, pois as

duas possuem formação *stricto sensu* e demonstraram interesse em saber sobre a minha pesquisa. Um fato que chamou atenção durante a conversa foi quando iniciei a fala sobre o MACC do Mendes. A enfermeira me interrompeu dizendo nestas palavras: “o que o Mendes escreve, na prática não funciona”. Também disse “a gerência do GHC também fala bastante dele, mas na prática não é bem assim”. Encerramos a conversa e fui para a outra unidade.

- 21/08/2018- tarde- 14 horas
US SESC
Grupo Tabaco (3º encontro)

Estavam presentes cinco pessoas, três a mais do que no último encontro (4 homens e 1 mulher). Dois deles eram participantes novos (Jorge II e Marta), outros dois só tinham comparecido no primeiro encontro (Luís e Leonardo) e um havia participado de todos os encontros (Jorge I). Os presentes iniciaram relatando sobre a sua relação com o cigarro na última semana. Jorge havia conseguido parar de fumar por 10 dias, mas infelizmente voltou a fumar devido a uma situação de stress.

Luís e Leonardo foram ao primeiro encontro, no segundo não compareceram, porém estavam presentes no terceiro. Luís não conseguiu parar de fumar, mas decidiu pactuar com os colegas e a equipe o dia 27 (aniversário do filho), como o dia D para parar de fumar. Ele disse que se não parar neste dia, não vai encontrar outro dia D.

Leonardo também não conseguiu parar de fumar. Ele é ansioso, inquieto, por isso não consegue ficar muito tempo parado. Relatou que na sua casa todos são fumantes, sendo assim, fica difícil. Leonardo relatou sentir necessidade de fumar antes de iniciar o trabalho, mas que na última semana tem tentado algumas estratégias. Uma delas foi ficar 30 minutos com o cigarro na boca sem acender e a outra foi substituir o cigarro por uma caneta na boca. Assim como Luís, ele também pactuou o dia 27, como o seu dia D e disse que acha necessário fazer uso da medicação.

Marta era uma nova integrante do grupo. Ela tem problema renal e está fazendo hemodiálise, portanto, precisa parar de fumar. Também relatou já ter participado do grupo em outra ocasião, mas nunca conseguiu parar de fumar.

Jorge II também era um novo integrante. Ele trabalha na CRT, tem três filhas e sua esposa faleceu há poucos meses. Jorge II relatou estar desesperado com a atual situação e implorou ajuda para a equipe. Na sua fala, várias vezes disse que precisava parar de fumar, caso contrário iria morrer.

Depois que os participantes relataram sobre a semana em relação ao fumo, Daniel entregou para cada um o manual do participante (sessão 2) e falou do trio: adesivo de nicotina + bupropiona + conscientização. Encerrou a conversa e os novos integrantes realizaram a consulta individual com o Daniel.

- 27/08/2018 – manhã
US Costa e Silva
Prática de atenção às condições crônicas: consulta coletiva
Projeto: Saúde no Prato (manutenção)

O grupo Saúde no Prato aconteceu semanalmente em julho e em agosto foi realizado um encontro de manutenção. O convite para participar do grupo foi realizado através de contato telefônico. Na ocasião, estavam presentes cinco pessoas, três mulheres e dois homens. A nutricionista iniciou o encontro solicitando que eles relatassem o seu comportamento durante o mês.

Os participantes relataram comportamentos positivos, exceto uma delas que disse não ter conseguido reduzir o pão branco, porém, assim mesmo havia conseguido emagrecer. Ela disse que quando iniciou o grupo tinha 110 Kg e não conseguia passar pela roleta do ônibus. Após os encontros conseguiu emagrecer e já passava na roleta.

Após o relato de todos os participantes, a nutricionista realizou uma dinâmica. Cada um recebeu dois pensamentos: o do sabotador e o do apoiador. Exemplos: *pensamento sabotador* - Eu não quero magoá-la, portanto vou comer o que ela preparou; *pensamento apoiador* - Não preciso comer tudo o que me oferecem, posso ajudar de outras formas. Os participantes leram em voz alta e começaram a falar sobre estes pensamentos.

Encerrou-se a dinâmica e os participantes foram convidados a participar do grupo no mês de setembro.

- 27/08/2018 – 13h00min
US Costa e Silva
Reunião Hiperdia da miniequipe

A U.S Costa e Silva possui cinco miniequipes separadas por cores e esta reunião foi realizada por uma destas. A reunião foi coordenada pela enfermeira Fernanda (que também realiza processos de educação permanente para enfermeiros) e a pauta foi estratificação segundo riscos. Estavam presentes dois médicos, uma psicóloga, ACS e residentes.

Fernanda iniciou a reunião falando que a estratificação não está sendo realizada de forma adequada e estava desatualizada. Uma médica concordou dizendo que a equipe não conhece o território e as famílias de forma apropriada. Também acrescentou a necessidade de identificar as famílias de risco (vulnerabilidade familiar), pois a severidade das doenças crônicas tem relação com a família. Finalizou a fala dizendo que a categoria médica ainda possui uma característica prescritora/ distante, baseada em renovação de receitas e que isso são consequências do processo de formação desta categoria.

Outra profissional concordou e disse que ainda predomina uma cultura da dependência e não de independência. Acrescentou também a questão da saúde mental (a pessoa deprimida não vai realizar o autocuidado). Finalizou a fala dizendo que as práticas não acontecem de forma sistemática e que a equipe tem conhecimento para não ser amadora, mas que ainda é amadora.

Na sequência, discutiu-se a importância da atualização dos dados (exemplo: às vezes a pessoa chega na unidade sedentária e depois adquire hábitos saudáveis e não é mais sedentária); do boletim Hiperdia e dos seus itens obrigatórios para o preenchimento; da necessidade de fazer com que os usuários sejam agentes do cuidado (capacidade para o autocuidado); a ampliação das atividades grupais (grupo GAM, pé diabético e insulino terapia) e a busca por faltosos. Fernanda deu continuidade em sua apresentação, utilizando os slides do Mendes e do CAB 35 e encerrou a reunião reforçando a ideia de a equipe precisar chegar a um consenso quanto à realização de novas atividades.

- 27/08/2018 – 14h30min

US Costa e Silva

Grupo Saúde Mental

O grupo foi coordenado pela psicóloga e quatro residentes. Estavam presentes sete pessoas, cinco mulheres e dois homens. O principal assunto deste encontro foram os problemas e atritos que eles tiveram em algum momento da vida, principalmente relacionados a assaltos, polícia e delegacia. Ao final do encontro, uma participante falou que não gosta de um profissional da unidade e diz nunca mais querer ser atendida por ele (não citou nomes, mas diz já ter falado com o assistente de coordenação sobre isso).

8. OS GRUPOS

Após o período de observação participante, iniciei os contatos com os A.C para o agendamento dos grupos. Neste período houve muita preocupação com o início destes grupos, pois as U.S já possuem uma dinâmica estabelecida. Sendo assim, me angustiava um pouco a falta de tempo dos A.C das unidades quando o assunto era a minha pesquisa. Diante deste contexto, foi preciso tomar a decisão de fazer contato com as responsáveis pela minha pesquisa no GHC. Após o contato delas com os A.C, finalmente consegui os agendamentos dos grupos.

Foram realizados quatro grupos, um em cada unidade, tendo presente elementos que apareceram durante a observação participante das práticas de atenção às condições crônicas. Os grupos foram realizados no próprio espaço das unidades, durante o momento da reunião semanal da equipe, participando diferentes profissionais, entre eles, médico, dentista, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares administrativos, assistentes de coordenação e residentes.

Antes de se iniciar a reunião, era realizada uma breve apresentação aos participantes sobre o objetivo, a justificativa do estudo e as questões éticas envolvidas na pesquisa. Os grupos foram informados de que a pesquisa

recebera autorização do CEP/GHC para ser realizada. Após ser ligado o gravador, foi realizada a apresentação dos participantes, incluindo a da observadora (colega de doutorado) e a da moderadora.

Paralelamente à realização dos grupos ocorria o processo de transcrição, que foi realizado pela própria pesquisadora. Quando o último grupo foi realizado, todos os outros estavam transcritos e impressos e isso ajudou para que se pudesse iniciar prontamente o processo de análise.

O quadro abaixo cita os profissionais que participaram da reunião, bem como, a atuação profissional.

Tabela 3: Identificação dos profissionais participantes dos grupos

N	Pseudônimo	Atuação profissional
1	Bromélia	Médica de família
2	Flor de lótus	Enfermeira
3	Estrelita	Psicóloga
4	Margarida	Residente de enfermagem
5	Copo-de-leite	Residente de psicologia
6	Mimosa	Terapeuta ocupacional
7	Lavanda	Auxiliar administrativo
8	Girassol	Médico de família
9	Milefólio	Residente de odontologia
10	Onze-horas	Residente de odontologia
11	Orquídea	Residente de medicina
12	Dália	Médico de família
13	Misótis	Assistente de coordenação
14	Tulipa	Residente de medicina
15	Cravo	Residente de medicina
16	Edelvais	Técnica de enfermagem
17	Petúnia	Auxiliar de enfermagem
18	Jasmim	Técnica de enfermagem
19	Violeta	Assistente de coordenação
20	Girânio	Auxiliar administrativo
21	Erva doce	Assistente social
22	Verônica	Agente comunitário de saúde
23	Sálvia	Dentista
24	Ranúnculo	Auxiliar de enfermagem
25	Flor do campo	Médico de família
26	Rosa	Enfermeira
27	Amor-perfeito	Técnica de saúde bucal
28	Boca-de-leão	Técnica de enfermagem
29	Cravina	Psicóloga

30	Hortênsia	Técnica de enfermagem
31	Hibisco	Médico de família
32	Tagete	Assistente administrativa
33	Lírio	Agente comunitária de saúde
34	Gérbera	Enfermeira
35	Hortênsia	Residente de medicina
36	Astromélia	Assistente de coordenação
37	Eufórbia	Farmacêutica

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2018

Observações:

a) no quadro acima, para evitar a identificação dos trabalhadores, optou-se por não citar as unidades e os participantes foram identificados por nomes de flores.

b) participaram do estudo 37 profissionais.

10. BANCA DE QUALIFICAÇÃO

Este trabalho foi levado à banca de qualificação, composta pelo orientador Professor Doutor José Roque Junges (UNISINOS), pela Professora Doutora Vilene Mohlecke (UNISINOS), pela Professora Doutora Solange L'Abbate (UNICAMP) e pela Professora Doutora Cássia Regina Gotler Medeiros (UNIVATES), no dia 30 de outubro de 2018, recebendo o parecer de aprovado. Nessa ocasião, a banca recomendou algumas alterações no projeto, a fim de qualificá-lo, tendo em vista os objetivos propostos.

11. ENTREVISTAS

Após a análise dos grupos, em decisão conjunta entre a pesquisadora e a Margarita (coordenadora do CEPAPS), foram definidos os integrantes do CEPAPS que seriam entrevistados, levando em conta maior proximidade com o planejamento, implantação e acompanhamento das práticas de atenção às condições crônicas. As entrevistas aconteceram no dia 11 de dezembro de 2018.

Tabela 4: Identificação dos profissionais participantes das entrevistas

N	Pseudônimo
1	Crisântemo
2	Begônia
3	Magnólia

Fonte: Dados obtidos na pesquisa, 2018

Observações:

- a) no quadro acima, para evitar a identificação dos trabalhadores, optou-se por não citar a atuação profissional
- b) participaram do estudo 3 profissionais.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício da metodologia proposta mostrou que esta é uma intensa empreitada, a qual exige do pesquisador tempo e dedicação. Desenhar um estudo na perspectiva da análise institucional representou uma tarefa desafiadora, mas ao mesmo tempo atraente, principalmente pela necessidade de leituras para aprender o método, até então, desconhecido para mim. Espera-se através desse trabalho contribuir para a disseminação deste método no meio acadêmico.

O processo de institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas no SSC/GHC pode ser reconhecido como um processo inovador no contexto da APS. Contudo, este estudo apontou que introduzir mudanças não é uma tarefa fácil. Esta pesquisa visou identificar a dinâmica instituída e instituinte e os “nós críticos” que possam estar dificultando ou potencializando os processos de trabalho no cuidado de pessoas com condições crônicas, oportunizando que outros serviços possam se beneficiar dos aspectos observados e das análises realizadas.

ANEXO A – ENTREVISTA

Nome completo:

Formazione:

INTERNO	ESTERNO
BLOCCO 1: RUOLO DELLA CASA DELLA SALUTE	
1.Qual è il suo ruolo all'interno della CdS?	1.Qual è il suo ruolo? Qual è la sua relazione con la CdS?
2.Come è cambiata la sua professione all'interno della CdS? Come si sente a lavorare all'interno della CdS?	2.In che cosa è cambiato il suo ruolo da quando esiste la CdS? Come si sente a lavorare con la CdS?
3.Secondo lei, quali sono le maggiori novità organizzative apportate dal modello dalla Casa della Salute? Di queste novità, quali sono messe in pratica? Ci sono novità non previste ma già messe in pratica?	
BLOCCO 2 : COMPETENZE TECNICHE E FORMAZIONE	
4.Come sapete, la popolazione di Portomaggiore sta aumentando la sua aspettativa media di vita e questo si riflette nel aumento delle malattie croniche. Di fronte a questo nuovo scenario commenti/a quali sono i cambiamenti in relazione alle condizioni croniche nella sua/tua pratica professionale. Quali sono le difficoltà, se ci sono, che ha dovuto affrontare nel suo lavoro?	
5.Ha/hai seguito un percorso di formazione per lavorare di fronte a questo nuovo scenario? Come valuti/a l'esperienza della formazione? Pensi/a sia servita? Quali sono stati i contenuti della formazione?	
6.Per quanto riguarda la CdS, pensi siano importanti percorsi di formazione specifici nella CdS? Ne hai seguiti? Come ti sono sembrati?	
BLOCCO 3 : FRAMMENTAZIONE	
Breve introduzione sulla frammentazione dell'assistenza al caso complesso	
7.Dal punto di vista professionale, come vede questa frammentazione e cosa ne pensa? Quali sono le complessità più difficili da superare?	
8.Qualì strategie, dal suo punto di vista, potrebbero essere utili a superare questa frammentazione? E come si potrebbero sviluppare?	
9.Tra le strategie che la letteratura propone vi è il lavoro d'équipe. Questo lavoro è previsto nella Casa della Salute? Voi/tu, a livello professionale, cosa ne pensi? E a livello personale?	9.Tra le strategie che la letteratura propone vi è il lavoro d'équipe. Voi/tu, a livello professionale, cosa ne pensi? E a livello personale?
BLOCCO 4: LE PERCEZIONI DEGLI ATTORI SUL LAVORO IN RETE	
10.Un'altra strategia pensata per superare la frammentazione è il lavoro in rete. Quali sono i servizi presenti sul territorio?	
11.Dei servizi che ha citato, che lei sappia, lavorano in rete? E cosa ne pensa, a livello professionale, del funzionamento di questa rete?	
12.A livello personale, come è stato lavorare in rete?	

**Anexo B- DOCUMENTO PARA ESCLARECIMENTO DOS
SUJEITOS DA PESQUISA**

Scheda di presentazione della ricerca

Siamo Cassiane Silocchi, studentessa di dottorato in Salute Collettiva e Sofia Montebugnoli, studentessa di triennale di Antropologia, religioni e civiltà orientali dell'università di Bologna. Stiamo facendo una ricerca sul processo di lavoro nelle cure primarie, con l'attenzione sulle malattie croniche. L'obiettivo vorrebbe essere quello di analizzare le percezioni dei professionisti riguardo al loro lavoro nell'ambito delle cure primarie.

A questo fine, vi chiediamo la disponibilità per un'intervista su questo tema. Utilizzeremo un registratore (o cellulare) e le informazioni ottenute verranno trattate e utilizzate solo ed esclusivamente ai fini della ricerca, ai sensi Legge n. 675 del 31 dicembre 1996 per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Il tutto sarà supervisionato dal dott. Ardigò Martino, professore del Dipartimento di Medicina e chirurgia di Bologna.

Grazie per la disponibilità,

Cassiane Silocchi

Mail : cassiloki@yahoo.com.br

Sofia Montebugnoli

Mail : sofia.montebugnoli@gmail.com

Firma per il consenso:

ARTIGO I

INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RESUMO: Esse estudo tem por objetivo analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e da gestão do cuidado no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre (RS). A Análise Institucional, na vertente socioanalítica, consiste no referencial teórico-metodológico escolhido. Nessa pesquisa-intervenção, foram utilizadas como ferramentas a observação participante, a realização de grupos com as equipes de saúde e entrevistas com os responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços do grupo. Os resultados mostram que a resistência do sujeito à mudança implica em obstáculo para o desenvolvimento e a consolidação das práticas de atenção às condições crônicas. Além disso, não há uma responsabilidade coletiva de todos os profissionais na organização das práticas, demonstrando a falta de planejamento e engajamento da equipe. Destaca-se, também, uma política de gestão por resultados, que oprime e desestimula a potência dos coletivos e a criação de novas alternativas frente aos impasses vivenciados.

PALAVRAS-CHAVE: Análise Institucional. Doença crônica. Processo de trabalho. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde, por modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado. As condições crônicas responderam em 2011 por 59% da mortalidade total do mundo, havendo uma estimativa de sobressair os 78% já no ano de 2020 (WHO, 2011).

Os custos diretos das condições crônicas para os sistemas de saúde representam impacto crescente. Segundo o World Economic Forum, a carga global das perdas econômicas entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto no período considerado. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, não só serão a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020, como também se tornarão o problema mais dispendioso (GOULART, 2011).

Essa situação desafia os serviços a buscarem alternativas que levem a melhores resultados, uma vez que grande parte dessas doenças são preveníveis. Assim, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, está introduzindo novas práticas de saúde para enfrentar as condições crônicas, como as consultas coletivas, sequenciais, o autocuidado apoiado, a entrevista motivacional, a estratificação conforme riscos e vulnerabilidades, entre outras. Contudo, para que sejam introduzidas, são necessários processos de transformação, ou seja, “sujeitos que nas práticas cotidianas transformem o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (DESLANDES, 2005, p. 402). Enfim, significa produzir um novo modo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010).

As práticas de atenção às condições crônicas apresentam-se, atualmente, como forças instituintes, que buscam a modificação das práticas de cuidado, tendo como foco de intervenção os processos de trabalho e de gestão. Dessa forma, esta pesquisa busca analisar a institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas e da gestão do cuidado no SSC/GHC, a fim de identificar a dinâmica instituída e instituinte e os “nós críticos” que possam estar dificultando ou potencializando os processos de trabalho.

PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

Utilizamos a Análise Institucional (AI), na sua vertente socioanalítica, como referência teórico-metodológica. Tal escolha decorre do fato da

socioanálise objetivar apreender a realidade social e organizacional, transformar as instituições, tendo como base os discursos e as práticas dos sujeitos. (L'ABBATE, 2003, 2012). O instrumental da AI compõe-se de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de instituição, implicação, transversalidade e analisador.

O conceito de instituição pode ser analisado dialeticamente, decompondo-se em três momentos: o momento do instituído, do instituinte e da institucionalização. Lourau (2004) afirma que por instituinte, podemos entender a contestação, a capacidade de inovação. Já no instituído está a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais do ponto de vista ideológico. E, finalmente, o momento da institucionalização é o resultado da tensão entre os dois momentos anteriores, quando se atualizam as práticas institucionais em seu contínuo vir a ser (L'ABBATE, 2004).

Outro conceito é o de implicação, que se refere ao conjunto de atividades que realizamos, assim, como tratando-se de atividade acadêmica, com nosso campo epistemológico e com as demandas sociais subjacentes (L'ABBATE, 2004; MOURÃO et al., 2007). Barbier (1985) definiu as três dimensões da implicação: a afetivo-libidinal, a existencial e a estruturo-profissional. Ou seja, somos o tempo todo movidos pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, com relação à nossa prática de pesquisa e/ou de intervenção, com as instituições às quais pertencemos, com nosso campo teórico-metodológico e com a sociedade da qual fazemos parte. (LOURAU, 2004: 246-258).

A identificação dos analisadores também é tarefa primordial. Os analisadores se constituem nos acontecimentos que possibilitam realizar a análise, permitindo a apreensão da instituição "invisível". (LOURAU, 1993, p. 35). Lourau (2004, p. 69) diz que "[...] é o analisador que realiza a análise". Assim, os analisadores podem ser construídos durante o processo, ou surgir de modo espontâneo. Com base na sua identificação, pode se conhecer aspectos não verbalizados sobre grupos e organizações, bem como sobre o seu funcionamento. Os analisadores ajudam a desvendar o que permanecia escondido, desorganizar o que estava de certa forma organizado e dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. (L'ABBATE, 2012).

O contexto do estudo foi o SSC/GHC e a escolha por este serviço deu-se não apenas por ele ter uma rede de atenção primária estruturada e organizada, mas também por ter introduzido as práticas de atenção às condições crônicas, preconizada pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido pelo sanitarista Eugenio Vilaça Mendes. O serviço é composto por doze unidades localizadas na Zona Norte e Nordeste de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. A organização dessas unidades é realizada por equipe multiprofissional, composta pelos núcleos de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), medicina, odontologia, assistência social, psicologia, técnicos em higiene bucal, técnico-administrativos, agentes comunitários de saúde (ACS), e, como matriciadores, o nutricionista e o farmacêutico.

Para a realização da pesquisa-intervenção, o Centro de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária (CEPAPS), órgão do GHC que se ocupa do desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços assistenciais do grupo, indicou quatro unidades, tendo como critério de seleção a maior familiaridade com o uso e compreensão das práticas de atenção às condições crônicas. As unidades definidas foram: Unidade Divina Providência, Unidade SESC, Unidade Costa e Silva e Unidade Santíssima Trindade.

Inicialmente, utilizou-se a observação participante como uma ferramenta para as intervenções. A pesquisadora acompanhou os trabalhadores das unidades na realização das novas práticas de saúde, buscando observar como as práticas eram executadas. Em seguida, foram realizados quatro grupos, um em cada unidade, momento que contou com a presença de uma observadora. Tais grupos buscavam fazer a restituição do que foi analisado durante as observações e realizar novas discussões sobre as práticas de atenção às condições crônicas. Eles serviram como dispositivos importantes na construção de uma análise coletiva sobre as práticas e o processo de trabalho vivenciado. A intenção foi provocar as equipes, fazê-las refletir e buscar a participação dos trabalhadores envolvidos na produção do cuidado. Tudo isso permitiu abrir espaço para o diálogo e para o encontro de saberes instituintes das práticas, bem como a produção de olhares para a institucionalização. Todos os encontros ocorreram no período

de trabalho dos participantes, de acordo com a disponibilidade das agendas das unidades de saúde e com duração média de uma hora.

Por fim, após a análise dos grupos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três integrantes do CEPAPS/GHC. As entrevistas foram realizadas nos espaços de atuação desses atores, com duração média de uma hora e foram realizadas em datas e horários definidos pelos entrevistados. Tanto os grupos, como as entrevistas foram gravadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritas. Para garantir a confidencialidade, os participantes foram identificados por nomes de flores.

No decorrer do estudo, a pesquisadora também manteve um diário de pesquisa para registrar as suas observações do campo. Lourau (1993) refere que a técnica do diário não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo de pesquisar. Lourau (1993, p. 77) menciona que tal dispositivo possibilita “[...] o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das normas, mas o ‘como foi feito’ da prática) [...]”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e pelo Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) em 24 de maio de 2018.

A CONSTRUÇÃO E A DISCUSSÃO DE ALGUNS ANALISADORES

As transformações vivenciadas exigem tempo para sedimentar-se e o mesmo acontece com as práticas de atenção às condições crônicas, que têm tido dificuldade para sua realização, ou crescem de forma lenta, pois “toda nova disciplina ou novo espaço de saber entra em contradição com o saber então instituído.” Lourau ressalta: Creio ser mais fácil reconhecer e identificar o já conhecido, ou o instituído. Quanto ao “novo” – o “estranho”, o “desconhecido” -, sempre temos podido isolá-lo como incoerente (e assim, ainda hoje, o fazemos)” (LOURAU, 1993:9).

Vale lembrar que, em 2011, quando iniciou o processo de modificações no cuidado das pessoas com condições crônicas no SSC/GHC, algumas práticas foram imediatamente incorporadas pelas equipes de saúde,

impulsionando ações de mudanças que resultaram em avanços positivos. Contudo, passados oito anos, observamos que as equipes se envolvem em diferentes graus e tempos e que algumas práticas propostas não estão mais ocorrendo e em outras há pouca participação dos usuários. Foi possível perceber este fato nos relatos dos profissionais, apontando dificuldade de modificar o modelo fortemente instituído para o modelo de atenção à saúde em condições crônicas.

A análise identificou três pontos principais com seus analisadores no campo pesquisado. O primeiro deles analisa a adesão dos usuários e a tensão entre modelo tradicional e a resistência do sujeito às novas práticas; o outro destaca a implicação dos profissionais e o conflito entre o cumprimento individual de tarefas e o engajamento da equipe e o terceiro fala da política de gestão e a constante tensão entre a produtividade e a as novas propostas de cuidado.

ADESÃO DOS USUÁRIOS: TENSÃO ENTRE MODELO TRADICIONAL E A RESISTÊNCIA DO SUJEITO ÀS NOVAS PRÁTICAS

O modelo assistencial ainda se encontra em transição, na luta entre o velho e o novo. Encarar a transição de um modelo centrado no médico, para um que se alicerça na equipe multiprofissional e nas ações coletivas de caráter de promoção e prevenção de saúde, configura-se como uma dificuldade enfrentada pelos usuários. Conforme os profissionais, ainda está enraizada nos usuários a cultura do imediato, da resolubilidade da queixa, da cura, da especialidade, do exame, enfim, ainda não se percebem como sujeitos corresponsáveis pela sua saúde, como podemos observar no relato da enfermeira Flor de Lótus:

“Eu acho que tem um aspecto cultural também, de uma valorização maior mesmo da consulta individual, em detrimento das práticas inovadoras, dos espaços que a gente está compartilhando com outras pessoas”.

Bortoluz et al (2016) em estudo sobre condições de saúde e utilização do serviço de pacientes hipertensos e/ou diabéticos do SSC/GHC também

observou baixa utilização da equipe multiprofissional (consulta com enfermeiro e dentista, visitas domiciliares e participação em grupos). Os autores destacam que o uso do serviço precisa melhorar, visto que para o atendimento de condições crônicas, é necessário trabalhar com grupos de educação em saúde e com uma equipe multiprofissional, o que não foi encontrado na pesquisa.

A concepção do modelo assistencial introjetado socialmente ainda se apresenta como um entrave para a proposta mais ampla do MACC. Observamos ainda que a população sente forte resistência em pensar a saúde de uma forma abrangente, buscando, sempre que possível, o atendimento curativo. Há de modo geral, certa passividade destas pessoas em relação à própria saúde, como se o comprometimento com esse aspecto fosse responsabilidade apenas do serviço e não de cada um.

Monceau (1997) define resistência como força social em oposição a outra chamada poder, sendo que o equilíbrio entre elas tende a favorecer o segundo. Identifica que os usos e significados da palavra resistência têm dois polos, independentemente da disciplina, sendo que o primeiro faz referência à luta contra a opressão e tem caráter revolucionário, ao passo que o segundo é mais conservador e tende à preservação do que já existe.

O serviço, por sua vez, também encontra dificuldades em reformular a forma de atendimento esperada no modelo de cuidado das pessoas em condições crônicas, sendo que ainda se estrutura e se organiza para atender suas próprias prioridades, realizando as práticas conforme o mais adequado para o trabalho dos profissionais. No nosso entender, a persistência nessa forma de funcionamento estabelecida impede a participação do usuário, pois ele é obrigado a submeter-se às ofertas e horários disponíveis, sem levar em consideração sua disponibilidade. Durante um grupo focal, o ACS Lírio comenta que os usuários encontram dificuldades em participar de algumas práticas oferecidas, porque elas são realizadas no horário comercial, o que dificulta para as pessoas que trabalham. Nesse caso, não é a Unidade de Saúde que se adapta ao horário dos usuários e sim ao contrário.

“Na nossa Unidade de Saúde, estas práticas acontecem no horário que as pessoas trabalham, então, isso também é um limitador, porque a gente oferta no horário que a pessoa não pode vir”.

Alguns profissionais também comentaram que a baixa adesão das pessoas à algumas propostas inovadoras relacionam-se a um conjunto complexo de fatores que envolvem tanto os aspectos ambientais, econômicos, sociais e culturais de cada pessoa. Isso pode ser confirmado pela fala do médico de família Girassol, mostrando que estes aspectos não são passíveis de sofrer intervenção pela equipe.

“Uma grande dificuldade que a gente tem é conseguir mexer realmente na questão do ambiente. Por exemplo, a gente tem aqui a questão da violência que impede que as pessoas saiam de casa. A questão do trabalho, que as pessoas trabalham e não vem. É uma região ruim também de acesso, aqui é lombo, não vão sair para fazer uma caminhada. A alimentação saudável é cara. Não é todos os pacientes que conseguem fazer academia e tem pessoas com dificuldades econômicas”.

Concordamos com Junges (2015), que não basta apenas o cuidado singular amparado da pessoa em condição crônica sem ter, ao mesmo tempo, um olhar e uma consideração com o ambiente/contexto da sua sociabilidade. Assim, por exemplo, os sujeitos são orientados com prescrições de regime alimentar e exercícios físicos. Contudo, a dificuldade econômica para adquirir os alimentos, a falta de espaço adequado para fazer caminhada e de estrutura para desenvolver exercícios físicos, levam tais orientações, muitas vezes, ao descumprimento.

Esses determinantes contextuais locais inserem-se em um contexto mais amplo, que é o ambiente como lugar de sustentabilidade socioambiental e reprodução social da vida que configura as condições de vida, incluindo saneamento básico, áreas de lazer, meios habitacionais não poluídos, medidas de segurança contra a violência, para que a população possa gozar de um estado satisfatório de saúde. Sem essas condições mínimas, torna-se impossível a adesão ao autocuidado de pessoas com condições crônicas. Assim, não se pode pensar na saúde e no conseqüente cuidado dessas pessoas, sem incluir, no acompanhamento, o seu contexto de sociabilidade e ambiente de vida (JUNGES, 2015).

Todo processo de melhoria, junto às pessoas com condições crônicas, deve buscar estratégias no sentido de as pessoas tornarem-se cada vez mais capazes de cuidar da saúde e de conviver com sua condição, contribuindo para que o grupo se torne cada vez mais sujeito. Contudo, todo este esforço de contribuir para que se tornem sujeitos, adotando práticas mais instituintes, pode não ser suficiente para as pessoas abandonarem as práticas mais instituídas, que as condicionam à posição de grupos sujeitados/objetos, sobretudo as práticas exclusivas da biomedicina, como visto anteriormente.

Para Guatari (1987, p.92),

O grupo sujeito, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, neste momento, secreta os meios de sua elucidação. O grupo sujeitado não se presta a tal perspectiva; ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia dizer do grupo sujeito que ele enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitado diria que sua causa é ouvida.

Ressalta-se também que as pessoas com condições crônicas, por vezes, acreditam que algumas das práticas estão monitorando a vida delas, o que de fato pode ocorrer, considerando que estas novas propostas que envolvem prevenção e promoção fazem controle sobre os modos de vida e sua ação biopolítica tem essa conotação. Além de se pensar a biopolítica como a forma de ditar a maneira de viver, há de se considerar também a resignificação conceitual e política dada por Pelbart (2003), na qual esta não é mais o poder sobre a vida, mas a potência de vida. Nessa perspectiva, Pelbart (2003) nos chama atenção para a possibilidade de existirem outras formas de vida que são geradas pelos próprios sujeitos e que escapam da biopolítica e do controle normativo. Trata-se da biopotência que se refere a modos de vida que são exercidos pelos sujeitos e que escapam simplesmente à prescrição dos modos de vida, mesmo que sejam ditados pelos programas de promoção e prevenção.

É necessário que essas práticas de atenção às condições crônicas sejam implementadas com cautela. Na busca da qualidade de vida dos sujeitos, há que se considerar as singularidades de cada indivíduo, e nesse processo, os elementos dos dispositivos biopolíticos podem contribuir quando

implementados de maneira coerente, beneficiando a melhoria da saúde das pessoas.

IMPLICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS: CONFLITO ENTRE CUMPRIMENTO INDIVIDUAL DE TAREFAS E O ENGAJAMENTO DA EQUIPE

O processo de trabalho precisa ser estruturado com base na equipe, e deve estabelecer um projeto comum em que o trabalho de cada profissional se complemente. No entanto, observamos nas unidades pesquisadas que não há uma responsabilidade coletiva de todos os profissionais na organização das práticas de atenção às condições crônicas; ocorre um cumprimento individual de tarefas, demonstrando a falta de planejamento e engajamento da equipe.

A gestão do cuidado às condições crônicas exige uma equipe que atue em conjunto, para garantir a integralidade do cuidado. As pessoas em situações crônicas necessitam de cuidados preventivos, de ações de autocuidado, de educação em saúde, de tratamento, monitoramento e devem ser acolhidos por diferentes membros da equipe de saúde (MENDES, 2012). Parte dos atendimentos pode ser feito de forma coletiva, como acontece nas consultas sequenciais, quando o indivíduo compartilha suas experiências com profissionais de mais de uma categoria.

Em 2012, uma das unidades estudadas acompanhou 89 crianças com diagnóstico de asma através de consultas sequenciais em intervalos de 3-4 meses. Observou-se ótima adesão ao modelo de atendimento, melhor conhecimento da família sobre a doença e seu manejo e maior integralidade no cuidado. Além disso, um maior número de crianças teve a sua doença controlada e foi significativa a redução de idas à emergência e de internações por asma (LENZ et al., 2014). Mesmo com o impacto positivo desse modelo, ele foi desenvolvido somente por três anos e não ocorria no momento da pesquisa., como relatou a enfermeira Rosa:

“A gente já teve consulta sequencial, mas exige muita modificação, acho que é difícil de manter, por mais que os resultados sejam bons e que a gente veja melhoras de índices, adesão e outras coisas no cuidado, pra gente é uma coisa fora da rotina habitual, a

gente organiza uma atividade e aquilo ali então sai da rotina [...] e a equipe mudou muito, as pessoas se aposentaram, entraram novos e isso meio que quebrou a nossa continuidade, mas a gente ficou fazendo uns três anos a sequencial, depois meio que acabou desmobilizando”.

Neste sentido, podemos afirmar que os profissionais se encontram presos no segmento da reprodução, no querer “fazer igual”, denotando um plano de organização cristalizado e endurecido, que tende a se perpetuar, exatamente pela força e conservação do instituído. Salci et al (2017), em seu estudo, avaliou a atenção à saúde desenvolvida pelos integrantes da APS às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do MACC e encontrou situação semelhante. A atenção desenvolvida pelos integrantes das equipes de saúde da família também tinha como foco o atendimento individual, não expressando um trabalho inter ou multidisciplinar. Os profissionais não se envolviam no atendimento e no acompanhamento sistematizado, para a prevenção e a redução de complicações crônicas do diabetes. Atividades educativas eram realizadas de forma parcial ou mesmo não eram realizadas.

Outra questão relevante é que as práticas de atenção às condições crônicas não acontecem a partir de um pensar coletivo, e sim a partir do desejo individual de alguns profissionais, como mostra o discurso da enfermeira Flor de Lótus:

“E tem uma questão do desejo. Tem pessoas na nossa equipe que são muito mobilizadas para realizar as práticas inovadoras, de promoção da saúde e tem outras que não, então acaba ficando na ordem de um desejo individual, do que de fato um entendimento que é de todo um coletivo de equipe”.

Uma pesquisa realizada por Heidemann et al (2018) em Florianópolis e Toronto, também identificou pouco envolvimento e articulação da equipe, falta de organização para a realização de grupos e outras atividades de promoção da saúde. O estudo de Raupp (2015) realizado em pequenos municípios do RS também apontou como fator preocupante as poucas ações de prevenção ou promoção de saúde, mesmo nos casos de usuários que já apresentavam complicações oriundas de condições crônicas.

Outro aspecto encontrado é a dedicação desprendida às práticas de atenção às condições crônicas que ocupa boa parte do tempo e exige planejamento, provocando nos profissionais um sentimento de "mais uma coisa a fazer". Muitas vezes, eles revelam estar sobrecarregados, dificultando, assim, o envolvimento com algumas destas propostas inovadoras. A enfermeira Flor de lótus explica da seguinte forma:

“As práticas, os grupos, não se dão somente no momento do encontro, tem todo um preparo, uma pré organização de conhecimento, de organização de processo, de metodologia, a gente tem que pensar como vai acontecer [...] Tem pessoas que devido ao trabalho e a sobrecarga, acabam não se envolvendo, às vezes, porque estão sobrecarregadas”.

É preciso considerar que se as mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e a prestação de serviços, por outro lado, trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e, principalmente, a forma de interação com seus pares e com usuários. (SANTOS-FILHO, 2007). Portanto, os profissionais se sentem sobrecarregados, exigidos por uma demanda digamos quase infinita. Então, o novo (que seria as práticas inovadoras) provoca de forma inicial esse sentimento de “resistência, não fazer, não se envolver”. Ou seja, apesar de a proposta ser inovadora, a sua concretização é atravessada por esse campo de forças contrárias, conforme nos lembra a Análise Institucional. Ambas as forças, tanto a revolucionária do instituinte quanto a conservadora do instituído, integram a realidade pesquisada de maneira conflitiva.

Também se notou que, para alguns profissionais, este novo modelo assistencial mais parece externo a eles, com pouca ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Rosa, enfermeira de uma unidade, explicou do seguinte modo:

“É muito bonito mesmo no papel a questão destas práticas inovadoras, mas espaço e profissionais todos no mesmo dia, não temos. Então eu acho assim, é bonito, é bom se a gente conseguisse aqui, mas frente a nossa realidade, tu vê que é uma coisa que eu não

diria impossível, mas é difícil. Essa estruturação do MACC que a gente assistiu lá no evento do GHC, eu não gosto de usar a palavra inviável, mas é difícil, é uma mudança muito grande”.

Vale lembrar, que na cultura organizacional em saúde, verifica-se frequentemente o distanciamento dos trabalhadores das unidades na elaboração do modelo adequado às necessidades dos usuários e compatíveis com as condições locais.

Quando os trabalhadores não participam desta construção, pode ocorrer resistência, principalmente às novas práticas de trabalho. No entanto, encontramos alguns profissionais que acreditam que as novas modalidades de atendimento são importantes e que com planejamento e engajamento, elas são passíveis de serem introduzidas. Destacou-se, durante o período de pesquisa: o Projeto Saúde no Prato e o Grupo do Tabagismo.

O Projeto Saúde no Prato foi criado por profissionais de Nutrição e de Odontologia do SSC/GHC e, através da consulta coletiva, orienta as pessoas sobre hábitos alimentares adequados. Em 2012, recebeu o prêmio “Destaque em Saúde”, concedido pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, na categoria Inovação em Saúde. O Grupo do Tabagismo também utiliza o método da consulta coletiva, além de abordagens motivacionais para cessação do tabaco. Em uma das unidades, os grupos iniciaram em 2011, sendo que, desde então, já foram realizados 12 grupos, destes participaram 109 pessoas das quais 46 haviam parado de fumar no 4º encontro, o que representa 42,2% de cessação (KRINSKI et al., 2018).

Para Esmeraldo (2017), a construção dos modelos de atenção à saúde constitui um processo inacabado, dinâmico e permanente, em consonância com as particularidades de cada realidade. Mas, a partir de cada território e das suas especificidades, é possível que cada serviço construa o “seu modelo”. O autor ainda ressalta: os modelos devem ser construídos com base nas realidades concretas, nas suas especificidades. De outro modo, é impossível consolidá-los.

As mudanças na gestão e nos processos de trabalho das equipes do SSC/GHC foram fundamentadas pelo MACC de Mendes. Contudo, apesar deste modelo ter sido adaptado para ser aplicado no SUS, é importante refletir

que “não existe uma receita” de transição de um modelo voltado para a agudização para um modelo que atenda às condições crônicas, de maneira que essa transição precisa ser singular para garantir a singularidade do cuidado, na perspectiva de considerar o contexto de cada sistema local de saúde. Segundo Salci (2017) para que o MACC possa ser uma realidade na rede de atenção primária e ser efetivo, é imprescindível que ocorram mudanças em vários âmbitos de abrangência do modelo de atenção, incluindo um preparo mais específico, além de mudanças na estrutura da atenção em saúde, repercutindo na forma de atuação dos profissionais de saúde e gestores.

POLÍTICAS DE GESTÃO: TENSÃO ENTRE PRODUTIVIDADE E NOVAS PROPOSTAS DE CUIDADO

Destacaram-se nos discursos elementos que sinalizam uma política de gestão por resultados, que oprime e desestimula a potência dos coletivos para a transformação das práticas. A análise dos relatos dos profissionais evidenciou que a cobrança por produtividade não se ajusta à realidade do novo modelo de atenção. Além disso, a lógica quantitativa de produção de consultas impossibilita a participação de toda equipe, seja pela falta de tempo ou não disponibilidade para a realização das práticas.

“Tem uma cultura que realmente cobra bastante em termos de produtividade de consultas e cobra bastante em termos de metas, às vezes até de uma forma, como é que eu vou te dizer...? Um pouco dissociada dessa mudança do modelo de atenção” (Entrevistada Begônia).

A exigência e a cobrança que existe no serviço por indicadores e o número de consultas burocratizam o atendimento e nem sempre correspondem à qualidade dos serviços. Ademais, essas dificuldades vivenciadas pelas equipes podem ser explicadas pela falta do diálogo entre profissionais de saúde e gestores sobre a implantação destas práticas nas unidades. É o que pode ser observado no relato da psicóloga Estrelita:

“A gente recebe da instituição mensagens que são contraditórias, ao mesmo tempo que dizem ah que legal que vocês

renovem, a produtividade de consultas não pode baixar e se baixar vai ter que justificar [...] Não existe dentro da gestão a compreensão que somos um serviço de atenção primária e que, na verdade, o nosso indicador não é só produtividade e o número de consultas produzidas. Falta preparo na argumentação dos nossos gestores em falar sobre o que é produzir saúde.”

Alguns profissionais também relataram dificuldades em adequar agendas para a realização das práticas de atenção às condições crônicas, devido ao alcance de metas de produção (número alto de consultas e agendas pouco flexíveis). Neste caso, a exigência quantitativa de atendimentos clínicos dificulta a operacionalização e consolidação das práticas, pois a noção de produtividade é a necessidade maior, como explicou a médica de família Bromélia:

“É difícil a gente conciliar agendas. A gente tem muitas consultas, então, nem sempre é fácil. A oportunidade de realizar estas práticas também está restrita à essas questões do serviço. Eu acho que isso não é pensado de uma forma mais coordenada”.

Quanto mais as agendas ficam ocupadas, e quanto mais se cobram procedimentos dos profissionais das equipes de saúde, menos eles conseguem ocupar-se adequadamente em práticas que resultam em melhoria significativas nos padrões de saúde das pessoas com condições crônicas. Assim, ao pensar a construção das agendas das Equipes de Saúde da Família, é preciso trabalhar com as equipes e com os gestores para que suas agendas sejam menos ambiciosas do ponto de vista numérico e mais auspiciosas do ponto de vista qualitativo, para que cada encontro com o sujeito seja construído no sentido de apoiar o sujeito no alcance de melhores condições de saúde e autonomia (PINTO e COELHO, 2010).

Diante do exposto, chama atenção a constante tensão entre a produtividade e as novas práticas. Por um lado, observou-se avanços referentes ao desejo de implantar um novo modelo de atenção, mas, por outro, percebeu-se a persistência, por parte da gestão, em insistir na manutenção de uma padronização da assistência conforme o antigo modelo, baseado na produtividade.

A atuação das equipes voltada para dar conta da demanda de consultas também indica para um cumprimento apenas parcial da política de atenção às pessoas com condições crônicas. Situações semelhantes também foram encontradas em outros estudos realizados na APS, mostrando que essa situação se repete em diferentes locais. Pesquisa realizada por Heidemann et al (2018) identificou que o processo de trabalho dos profissionais, de ambos os países pesquisados, também tem o seu foco baseado na produtividade do cuidado. Há uma cobrança dos gestores, para que o atendimento da população ocorra por meio das consultas individuais, com pouca realização das práticas promotoras articuladas aos determinantes sociais da saúde, ocorrendo um desequilíbrio destas atividades de saúde.

Galavote et al (2016), em seu estudo sobre gestão de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, também identificou elementos que sinalizam uma prática de gestão por disciplinamento e controle das práticas dos trabalhadores através da obtenção de resultados, fundamentada em atos mandatórios e normalizadores do trabalho dito prescrito, trabalho morto, instituído, que amputa o trabalhador da sua autonomia e inventividade, ou seja, do instituinte.

As dificuldades de realização de algumas práticas de atenção às condições crônicas podem ser consideradas expressões dessa política de gestão centrada em metas de produção. Em uma organização tradicional de trabalho, não há espaço nem tempo para escuta ou construção coletiva. Em geral, o lugar de tomada de decisão se restringe à cúpula da direção, na qual imperam os modelos autoritários e verticalizados. Nesse sentido, o maior desafio consiste na produção de novos modos de gestão do trabalho, com base na cogestão. O método da Roda é uma tecnologia para o desenvolvimento da co-gestão de coletivos e tem como proposta a construção de mudanças nos modos de gerência e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (CAMPOS, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização das práticas de atenção às condições crônicas exige a reorganização dos processos de trabalho. Dentro dessa reorganização, utilizar dos analisadores que permitem que as instituições sejam postas em análise foi imprescindível. Dentre eles, foram destacados a adesão dos usuários, a implicação dos profissionais e a política de gestão.

A adesão dos usuários, como analisador, trouxe a tensão entre o modelo tradicional e a resistência dos sujeitos diante das novas modalidades de atendimento. Especula-se que essa resistência pode estar associada a passividade das pessoas em relação à própria saúde, além do conjunto complexo de fatores que envolve os aspectos ambientais, econômicos, sociais e culturais de cada pessoa

No que se refere à implicação dos profissionais, observou-se conflitos entre o cumprimento individual de tarefas e o engajamento coletivo. Presos no plano de organização do individualismo, a maioria dos profissionais também insiste em um tipo de atendimento dominante e curativo. Poucos foram os profissionais com disposição-implicação com as práticas de atenção às condições crônicas, o que demonstra a falta de planejamento e integração entre os membros da equipe.

Em relação à política de gestão, revelou-se uma tensão entre as metas exigidas, com base na produtividade e a incorporação das novas propostas, isto é, o ritmo de trabalho e a pressão em termos de prazos, foram considerados fatores críticos e revelaram um enfoque da gestão por resultados, o que têm dificultado a construção das novas alternativas de cuidado.

Vale lembrar também que essa pesquisa não teve como objetivo realizar julgamentos, culpabilizando as equipes ou a gestão pelas dificuldades encontradas nas unidades. Na verdade, analisou as “tensões” que ali se encontram e que poderão servir de apoio para os gestores, coordenadores e equipes na reflexão das práticas de atenção às condições crônicas e suas implicações nos processos de trabalho.

Além disso, esta pesquisa poderá inspirar análises semelhantes em outros locais, que certamente podem estar vivenciando situações semelhantes à do SSC/GHC.

REFERENCIAS

BARBIER, R. O conceito de implicação na pesquisa-ação em ciências humanas. In: BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro, Zahar, p. 105-128. 1985.

BARROS de BARROS, M.E. (Orgs.). **Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, p.73-96, 2007.

BORTOLUZ, S., LIMA, L.A, NEDEL FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. **Ciência e Saúde**. n. 9. v. (3):156-166. 2016.

CAMPOS GWS. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813. 2010.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu - SP, v. 9, n. 17, p. 389-406. 2005.

ESMERALDO, G.R.O. V et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**. v.20, n.1, p. 98 – 106. 2017.

GALAVAVOTE, H.S et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002.2016.

GUATTARI, F.A. A transversalidade. In: -- **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, p. 88-105. 1987.

GOULART FA. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: PAHO. 2011.
Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acesso em: 18 maio.2019.

HEIDEMANN, I. T. S. B et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4. 2018.

JUNGES, J.R. Saúde, meio ambiente e doenças crônicas não transmissíveis: aspectos bioéticos. Em: **Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. p. 37-46.2015.

KRINSK, B. M et al. Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de porto alegre/rs. **Rev. APS**, v. 21 n. 1, p. 66 – 76. 2018.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciênc. & Saúde Colet.**, vol. 8, n.1, p.265-274, 2003.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde, BIS **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.34, p.6-9, 2004.

LENZ, M.L.M et al. Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes com asma em um serviço de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. v.17, n.4, p. 438 – 449, 2014.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.). **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, p. 66-86, 2004.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Organização Pan-americana da Saúde, Brasília, 2012.

MONCEAU, G. Le concept de résistance en education. **Pratiques de formation: analyses**, n. 33, p. 47-57, 1997.

MOURÃO, L. C. et al. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 98, p. 181-210, 2007.

PELBART, P.P. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PINTO, C.A.G, COELHO, I.B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In CAMPOS, G.W.S.P, GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo. p.323. 2010.

RAUPP, Luciane Marques et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634. 2015.

SALCI, M.A, MEIRELLES, B.H.S, SILVA, D.M.G.V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem. 2017.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Em: SANTOS-FILHO, S.B.;

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases.** Country Profiles. Geneva, 2011.

ARTIGO II

CONFIRMAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO
REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (QUALIS A1)

CARTA DO EDITOR



Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>
 Qui 27/06/2019 01:21

Você ▾



Prezado(a) Dr(a). Cassiane Silocchi:

Confirmamos a submissão do seu artigo "ESTUDO COMPARATIVO DAS INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE, BRASIL E FERRARA, ITÁLIA" (CSP_1212/19) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no link "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

CSP - Cadernos de Saúde Pública

O estudo teve como objetivo identificar os padrões alimentares de adolescentes brasileiros para cada uma das cinco regiões do país, e verificar se há diferença na adesão dos padrões alimentares de acordo com idade, sexo e tipo de escola.

www.ensp.fiocruz.br

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho
 Profª. Claudia Medina Coeli
 Profª. Luciana Dias de Lima
 Editoras

27/06/2019

CSP

CSP_1212/19

ESTUDO COMPARATIVO DAS INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE, BRASIL E FERRARA, ITÁLIA

Histórico

Evento	Data
Artigo com Secretaria Editorial para verificação de adequação às normas	26/06/2019
Artigo em avaliação pelo Conselho Editorial	27/06/2019

Imprimir

ESTUDO COMPARATIVO DAS INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PORTO ALEGRE, BRASIL E FERRARA, ITÁLIA

RESUMO: Comparar os principais desafios referentes às inovações na atenção às condições crônicas, percebidos por profissionais de atenção primária de Porto Alegre, Brasil e Ferrara, Itália. Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa realizada na atenção primária, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais da Unidade Sanitária Local de Ferrara e grupos focais e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre. Os dados foram discutidos por meio de análise temática. Colocando em análise os dois casos, destaca-se como desafios, a resistência tanto dos profissionais, quanto dos usuários diante das práticas inovadoras, dificuldades na gestão do cuidado e deficiência no processo de formação, que ainda não prepara o profissional para o novo modelo de atenção. Conclui-se que estes desafios influenciam claramente no dia a dia dos serviços e desestimulam a incorporação de práticas inovadoras no cuidado das pessoas com condições crônicas.

Palavras-chave: Doença crônica; Atenção primária à saúde; Saúde da família.

INTRODUÇÃO

As condições crônicas constituem um dos maiores problemas de saúde pública e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral. No Brasil e na Itália, as condições crônicas também se constituem como um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% e 92% das causas de mortes respectivamente ¹.

Assim, a implantação de modelos de atenção que respondam adequadamente às condições crônicas faz-se necessária. Diante desta nova agenda, muitos países vêm reformulando seus sistemas de saúde nos últimos

anos, redirecionando-os a uma estrutura integrada, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e do cuidado integral ². Dois serviços de saúde na APS que se destacam na criação de estratégias para o enfrentamento das condições crônicas, podem ser observados no Brasil e na Itália: a experiência do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) que integra o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre e as Casas da Saúde da Unidade Sanitária Local (AUSL) de Ferrara na Itália.

O SSC/GHC inova no uso de tecnologias de atenção à saúde, investindo em mudanças fundamentadas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) ³. Desde 2011, estão sendo introduzidas neste serviço novas ferramentas no manejo de crônicas nas unidades de saúde, como as consultas sequenciais e coletivas por equipe multidisciplinar, a utilização de instrumentos de autocuidado apoiado e a estratificação conforme riscos e vulnerabilidades ⁴.

Já a AUSL de Ferrara investe em tecnologias para o cuidado dos crônicos baseada em modelos internacionais e no plano nacional específico para o combate às condições crônicas do Ministério da Saúde italiano. Também tem focalizado na medicina de iniciativa e nos percursos assistenciais integrados, consideradas novas abordagens organizacionais para adequar as respostas assistenciais frente ao aumento das condições crônicas ⁵.

Os estudos comparativos na atenção primária colaboram para a reflexão sobre determinadas problemáticas em diferentes contextos e podem contribuir para a identificação de problemas comuns e para a troca de conhecimentos sobre como enfrentá-los. Heidemann et al ⁶ realizaram um estudo comparativo para compreender as experiências de organização dos sistemas públicos de saúde universais em relação à promoção da saúde em unidades de atenção primária de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, e Toronto, Ontário, Canadá e identificaram que em ambas as cidades, essas práticas alcançam a saúde integral da comunidade, porém, observaram-se limites das equipes que ainda realizam atividades voltadas para a doença. A atenção à saúde está voltada para o modelo hegemônico, carecendo avançar para a concepção positiva da saúde e determinantes sociais.

Nesse contexto, este estudo buscou comparar os principais desafios referentes às inovações na atenção às condições crônicas, percebidos por profissionais destes serviços de saúde na atenção primária.

MÉTODO

Esta pesquisa qualitativa de cunho comparativo foi realizada em Ferrara, província da região da Emilia Romagna, Itália, em 2017, por conta de um doutorado-sanduíche de um dos autores. A seguir, foi realizada na cidade de Porto Alegre/RS, em 2018. Os dados foram comparados, tendo em vista que os dois serviços realizam importantes mudanças na atenção em saúde em condições crônicas.

O estudo se concretizou nas unidades de saúde do SSC/GHC, referência em saúde para 105 mil pessoas e nas Casas da Saúde da AUSL de Ferrara, considerada referência para 354.000 pessoas. Em Ferrara, o estudo ocorreu nas três Casas da Saúde em funcionamento no período da pesquisa. A Casa da Saúde é uma unidade de saúde próxima do que no Brasil se conhece por Unidade Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Em Porto Alegre, a pesquisa foi realizada em quatro unidades de saúde do SSC/GHC.

A coleta de dados realizada em Ferrara foi entre os meses de abril a setembro de 2017, baseando-se em observação participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais/gestores das Casas da Saúde. Em Porto Alegre, foi entre julho e dezembro de 2018 e foi baseada em observação participante, discussões focais com as equipes de saúde e entrevistas semiestruturadas com integrantes do Centro de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária (CEPAPS/GHC). Em Ferrara foram entrevistados 11 profissionais e em Porto Alegre foram realizadas quatro discussões focais com as equipes de saúde, uma em cada unidade e entrevistados três integrantes do CEPAPS/GHC.

Para a análise dos dados, valeu-se da análise temática de Minayo, que se desdobra em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação. A pré-análise consistiu na transcrição fiel dos grupos focais e entrevistas gravadas, leituras do material e organização dos dados⁷.

Sendo assim, essa análise foi realizada utilizando-se a construção de categorias obtidas por meio da leitura exaustiva e profunda das entrevistas e grupos focais, identificando as semelhanças, os elementos e ideias, chegando aos seguintes núcleos de sentidos: resistência diante das práticas inovadoras; desafios na gestão do cuidado e formação profissional. Numa última etapa, buscamos desvendar o conteúdo do tema, o que nos permitiu ampliar a compreensão dos contextos⁷ e os desafios referentes às inovações na atenção às condições crônicas destes serviços de saúde na atenção primária.

A pesquisa foi aprovada pelo Centro de Saúde Internacional, vinculado à Universidade de Bolonha. No Brasil, a aprovação foi do Comitê de Ética da Unisinos e do GHC, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos. Em ambos os locais, para manter o sigilo dos participantes, eles foram denominados por nomes de flores. Os entrevistados, esclarecidos sobre a divulgação do estudo, assinaram o Termo de Consentimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resistência diante das práticas inovadoras

Pela análise temática, foi destacado que tanto profissionais, como usuários, são resistentes diante das práticas inovadoras. Encarar a transição do modelo de atenção às condições agudas para o de condições crônicas, ainda se configura como uma dificuldade e implica em obstáculos para o desenvolvimento e a consolidação destas práticas.

“Tem uma valorização maior da consulta individual, em detrimento das práticas inovadoras, das atividades, dos espaços que a gente está compartilhando com outras pessoas. Eu vejo que é uma cultura, tanto da parte do profissional, como também do usuário, de ter uma resistência em participar” (Enfermeira Flor de Lótus – SSC/GHC).

A concepção enraizada na maioria dos trabalhadores de saúde é de que fazer saúde se resume a consultas individuais e procedimentos. Com isso, não valorizam as novas propostas. Um dos fatores associados a essa

desvalorização é a herança do modelo hegemônico “curativista” centrado na doença, o que faz com que o modelo de atenção às condições crônicas seja pouco valorizado pelos usuários e pelos profissionais. O predomínio da cultura proveniente da medicina prescritiva também foi algo encontrado na pesquisa de Máximo et al.⁸ Segundo o autor, ainda predomina a ideia que o cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente. Essa representação parece vir na contramão das práticas de atenção às condições, na perspectiva da autonomia e do empoderamento.

Na AUSL de Ferrara, os profissionais destacaram a resistência dos profissionais da seguinte forma:

“A principal dificuldade é a resistência. A Casa da Saúde tem uma grande potencialidade, mas necessita da motivação dos profissionais, de “não estarem fechados. Quando você encontra pessoas que não querem mudar, a mudança não acontece” (Enfermeira Perpétua).

Também chamou a atenção, ao apontarem o processo de aposentadoria de funcionários e a chegada de novos profissionais como aspecto positivo. Segundo os entrevistados, os novos funcionários chegam à Casa de Saúde com maior ânimo para a realização de propostas que desencadeiam mudanças positivas; ao passo que os profissionais mais antigos demonstram maior resistência à implementação de ações que ocasionem mudanças na rotina.

“A maior dificuldade é a mudança de mentalidade dos profissionais. Nós temos pessoas de certa idade que estão habituados a esquemas velhos de trabalho e para superar estes esquemas precisa de tempo. Espero que cheguem muitas pessoas novas, com vontade de realizar mudanças”. (Médico Narciso).

A resistência às práticas inovadoras não é um problema exclusivo do SSC/GHC e da AUSL de Ferrara. Cenário semelhante foi identificado por uma pesquisa conduzida no município de Curitiba/PR, ao realizarem um estudo em seis unidades básicas de saúde para avaliar a implantação do modelo de atenção às condições crônicas. Os resultados apontaram falta de compreensão do processo por parte de profissionais e gestores locais, resistência da equipe à mudança, bem como falta de compreensão dos usuários diante desta nova experiência. Especula-se que essa resistência

pode estar associada tanto a comodidade da forma que se trabalhava anteriormente, quanto a preocupação em dar conta do aspecto dinâmico de um grupo e das demandas levantadas, para as quais uma prescrição meramente clínica é insuficiente, desafiando os profissionais a buscarem recursos pessoais e muitas vezes reconsiderarem aspectos subjetivos próprios⁹.

Salci et al¹⁰, em seu estudo sobre educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária, também identificou dificuldades dos profissionais para conduzirem práticas diferente dos moldes tradicionais. O autor observou que as estratégias metodológicas para a prática de atividades que contemplassem ações de educação em saúde eram tímidas e modestas; não havia o envolvimento de todos os integrantes das equipes na busca por uma assistência integral, com a participação de todos os atores sociais; e não tinha um objetivo mais amplo de desenvolvimento de competências, corresponsabilização e coparticipação, que visasse estimular e desenvolver nas pessoas a autonomia para o autocuidado e escolhas conscientes.

Uma revisão sistemática da literatura sobre os fatores que influenciam a implementação do Chronic Care Model (CCM) identificou que as principais barreiras para sua implementação são a cultura organizacional, as características estruturais, a rede de comunicação e o apoio da liderança¹¹. Davy et al¹² destaca que a implementação do modelo foi bem-sucedida quando houve uma necessidade reconhecida pela organização e uma decisão compartilhada em equipe, de melhoria contínua de qualidade que suportasse a mudança. Segundo os autores, a aceitação e o reconhecimento dos modelos de cuidados são fatores determinantes para o sucesso das intervenções neles incluídas.

No que tange aos usuários, os profissionais da AUSL de Ferrara destacaram que as pessoas com condições crônicas ainda relutam em compreender a importância do protagonismo na saúde:

“A maior resistência dos cidadãos é entender que eles são protagonistas da sua própria saúde” (Pedagoga Primavera).

Esse comportamento também prevaleceu no estudo de Raupp et al ¹³. A grande maioria dos usuários não referia participar de atividades de promoção ou prevenção em saúde e procuravam a unidade apenas para consultas ou procedimentos eventuais. Os resultados encontrados no estudo de Máximo et al ⁸ revelaram que as pessoas mais aderentes à ideia de promoção da saúde são aquelas que desde muito cedo tiveram essa experiência, ou seja, aprenderam a se cuidar e a adotar hábitos saudáveis, tendo isso como um julgamento de valor introjetado precocemente em suas vidas. Segundo os autores, a adesão a modos de vida saudáveis, a disposição para o cuidado e o autocuidado são constructos sociais adquiridos ao longo da vida.

A diferença entre as doenças agudas e as crônicas é que as crônicas não podem ser curadas, somente cuidadas. Isso significa que, mesmo com um tratamento perfeito, as pessoas deverão acompanhar a doença para o resto da vida. Em outras palavras, o tratamento para as doenças crônicas não é voltado para a restauração da saúde nos termos biológicos da palavra, mas para controlar os sintomas e prevenir a progressão da doença nas fases mais severas. Por isso, o tratamento das condições crônicas deveria ser entendido como uma estratégia de prevenção terciária e quaternária, mantida ao longo da vida inteira para reduzir os efeitos crônicos do problema de saúde e a consequente excessiva medicalização ¹⁴ que são as bases para manter a autonomia.

No entanto, entende-se que não se pode perder de vista que a liberdade de escolha da pessoa é o pano de fundo de todo esse processo e, como tal, os profissionais precisam também trabalhar com suas expectativas para lidar com a resposta do sujeito. Alguns acreditam que somente usar a medicação prescrita pelo médico pode configurar o melhor tratamento, sabendo que a adoção de novos hábitos é tão importante quanto a medicação. Outras utilizam terapias populares para cuidar-se, demonstrando grande interesse por tais práticas, pautados por experiências empíricas e familiares ¹⁵.

Considerando a singularidade do cuidado e a necessidade de respeitar e compreender a heterogeneidade de cada pessoa e de seu entorno, além da unicidade e da multiplicidade das pessoas em seu processo de viver uma

condição crônica, todos esses fatores devem ser ponderados pelos profissionais de saúde, no acompanhamento sistemático a essa população; principalmente, ao se levar em conta a importância de as pessoas com condições crônicas receberem acompanhamento de qualidade na APS ¹⁶.

A mudança tanto das pessoas com condições crônicas, quanto dos profissionais, não é totalmente controlável, pois cada um tem seus valores, suas concepções, suas ideias. Podemos afirmar que mesmo após a implantação das inovações não é garantida mudanças automáticas na prática do cuidado. A ruptura com o modelo curativo, pretendido pelas práticas de atenção às condições crônicas, é processual. Na realidade, em ambos os casos, verificou-se um acúmulo de iniciativas, o que embora indique uma mudança na qualidade do cuidado, não configura ainda um novo modelo.

GESTÃO DO CUIDADO

Identificamos que os profissionais se queixaram das regras impostas pela gestão e da necessidade de superar um passado de fragmentação, que ocorre desde a origem dos sistemas de saúde.

“Não existe dentro da gestão, a compreensão de que se nós somos um serviço de atenção primária e que na verdade o nosso indicador não é só produtividade, o nosso desfecho seria hipertensos controlados e não o número de consultas produzidas” (Psicóloga Estrelita – SSC/GHC).

Reconhece-se a importância de assegurar nos espaços de cuidado, indicadores e atendimentos individuais para as pessoas com condições crônicas. No entanto, a sua ênfase não deveria ser sobre o cumprimento das metas de atendimento de pacientes hipertensos, por exemplo, mas entender quantos estão efetivamente com a pressão arterial controlada. Observa-se também nos discursos, que há dissonância entre o que defende o SSC/GHC; de introduzir mudanças gerenciais, permeadas por processo de cogestão; com a prática de gestão. Os sujeitos apontam para uma concepção que valoriza a hierarquização descendente da organização do serviço, reforçando a racionalização gerencial hegemônica.

“Tem uma cultura que cobra bastante em termos de produtividade de consultas, às vezes até de uma forma um pouco dissociada dessa mudança do modelo de atenção. Aí eu acho que vem uma coisa da tradição dos serviços e da própria organização que ainda é fragmentada e composta por pessoas que não conversam muito entre si. Parece que por um lado, o serviço tem um projeto que é claro, mas é só para as pessoas que coordenam isso, às vezes não chega nas equipes” (Entrevistada Begônia).

Campos ¹⁷ realizou uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica e indicou um método para análise e cogestão dos coletivos que busca favorecer a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços e do incentivo à participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho. Desta forma, o conceito é particularmente rico por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos.

Terra e Campos ¹⁸ identificaram cenário semelhante. Foram muitas as queixas, principalmente sobre a ordenação das atividades, em geral restritas ao consultório e ao tempo rígido de consulta. A maior parte da carga horária se concentrava no consultório, e a maioria dos profissionais declarou não conseguir planejar sua rotina para atuar de forma mais ampla. Este achado corrobora a afirmação de Souza ¹⁹ de que há uma tendência ao gerencialismo mesmo no sistema público, inspirado em moldes fordistas, com definição das metas e da organização do trabalho unilateralmente pela gestão.

Assim como os profissionais do SSC/GHC, os entrevistados da AUSL de Ferrara também apontaram a fragmentação do serviço de saúde. Na descrição da profissional, uma consequência importante a ser considerada são os processos mais amplos da história do Serviço Sanitário Nacional Italiano (SSN):

“A fragmentação é muito presente e dura de confrontar. É preciso superar esta barreira, mas é um percurso difícil, por conta de toda a organização histórica do sistema sanitário” (Enfermeira Azaléia).

É preciso ressaltar que o SSN tem passado por vários processos de reforma, a partir do 1992. O sistema de saúde tem sido “empresarializado” e tem produzido a entrada da lógica do gerenciamento econômico no sistema de saúde italiano. Com o decreto legislativo n. 229 de 19 de junho de 1999 a responsabilidade do serviço de saúde passa às Regiões, as quais herdaram a lógica de organização e avaliação de tipo empresarial. A unidade organizacional do serviço de saúde italiano é a AUSL (‘Azienda’ Unità di Salute Locale). A AUSL tem responsabilidade de oferta de serviços de saúde, gestão, avaliação dos serviços e vigilância sanitária e epidemiológica. Nessa estrutura fundamental do sistema, os diferentes serviços são organizados de forma verticalizada ²⁰.

N Brasil, a iniciativa privada também vem ganhando força. A atuação do setor privado é influenciada pela motivação de obtenção de lucro que este setor persegue, e não pela solidariedade ou pelo direito de cidadania, que são valores necessários a um modelo de proteção social que não atribua ao indivíduo toda a responsabilidade por sua saúde. Assim, sua ação mais visível será seletivamente sobre a parcela da população que tem capacidade financeira de consumir seus serviços ²¹.

Outro ponto importante destacado pelos profissionais da AUSL de Ferrara é a falta de uma cultura de trabalho em equipe e a cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema:

“Os profissionais não estão habituados a trabalhar juntos, principalmente o núcleo de médicos. É difícil fazer com que eles entendam que o trabalho deles não é monosetorial, mas deve por força ampliar-se” (Médica Érica).

Uma questão fundamental para ser entendida é o papel dos Médicos de Família (MdF) no SSN. Os MdF não são funcionários públicos, mas livres profissionais, podendo trabalhar isolados em seus consultórios privados ou dentro da Casa da Saúde. Quando aceitam trabalhar para dentro da estrutura, podem se recusar a trabalhar em equipe com os outros profissionais que, ao contrário, são contratualizados pelo SSN e respondem a gestão do serviço ²⁰. Essas particularidades do SSN dificultam a constituição de equipes de saúde. Das três Casas da Saúde, nenhuma conseguiu constituir um trabalho em

equipe verdadeiro e os médicos que aceitaram se transferir dentro das Casas da Saúde não tem modificado a forma de trabalhar.

Diferentemente da AUSL de Ferrara, no SSC/GHC existe trabalho em equipe, contudo, mesmo atuando em grupo, não há uma responsabilidade coletiva de todos os profissionais na organização das práticas de atenção às condições crônicas; ocorre um cumprimento individual de tarefas, demonstrando a falta de engajamento da equipe.

“Mesmo com a formação multiprofissional, acaba que cada um da equipe faz as suas atividades, no seu quadro, não fazem em conjunto[...] e as inovações propõem que tu faça em conjunto e isso é uma dificuldade” (Entrevistada Crisântemo).

Silva et al.²² em pesquisa sobre o cuidado aos casos de tuberculose, segundo os elementos do Chronic Care Model nas unidades de saúde da Paraíba, notou que as equipes de saúde tem um perfil de equipes de agrupamento, com ações justapostas, caracterizadas pela fragmentação do trabalho e pela centralização das ações, em que cada profissional trabalha de forma isolada dentro de sua competência técnica. Embora exista certa comunicação entre alguns profissionais, observa-se que esta ocorre apenas como instrumentalização da técnica, como uma conduta a ser cumprida. Dessa forma, segundo Cucolo e Peroca,²³ esse tipo de trabalho em equipe fundamenta-se no trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes meramente tecnológicos, em que o profissional não se sente capaz de intervir, levando à produção não livre do seu trabalho, o não empoderamento do processo de saúde-doença, gerando, com isso, o processo de alienação.

Diante do exposto, em ambos os casos, a forma como estão organizados os serviços e como atuam os profissionais, tende a retardar os processos de mudanças no cuidado às pessoas com condições crônicas. Na AUSL de Ferrara, o processo é inicial e, portanto, há também outros elementos e serem trabalhados, como por exemplo, o que se refere à composição de equipes multiprofissionais e a cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. O SSC/GHC, ao contrário, é uma instituição consolidada, contudo, a falta de responsabilidade coletiva mostra

que esse desafio precisa ser encarado para que o trabalho em equipe seja aperfeiçoado.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Identificamos que a maioria dos participantes considera que a formação ainda está centrada fortemente num modelo que privilegia o cuidado individual pautado no modelo biomédico e capacita para o desempenho tecnicista, ainda não abordando a competência com o enfoque ampliado dos problemas no cotidiano dos serviços.

“É necessário agir sobre a formação dos profissionais, principalmente dos médicos. A formação atual é muito fragmentada e malfeita. É necessário formação sobre a prevenção, educação sobre os estilos de vida e trabalhar junto com a comunidade. Você pode ser o melhor técnico ou o melhor médico deste mundo, mas se você não envolve a comunidade, não faz sentido” (Médico Amarílis – AUSL de Ferrara).

Pesquisa realizada por Gomez et al ¹⁶ também identificou ausência de capacitação dos profissionais de saúde, o que repercutiu em uma atenção superficial que não preparava os sujeitos para autogerirem a sua condição.

Na Itália, a formação em atenção primária à saúde sofre de um atraso dramático que repercute em muitos aspectos no papel do clínico geral. Ao contrário do que acontece no resto da Europa, América Latina, Estados Unidos e Canadá, não existe uma especialização de pós-graduação acadêmica em atenção primária, mas um curso de formação, cuja gestão é confiada à cada uma das regiões administrativas, tanto em termos de programação do número de bolsas de estudo, quanto em termos de programação da oferta educativa, que se torna, portanto, heterogênea. Do mesmo modo, uma formação substancial em atenção primária durante a graduação é ainda ausente nos currículos tradicionais, com exceção de alguma experiência avançada em algumas universidades isoladas ²⁴.

Neste sentido, a formação em Atenção Primária na Itália surge em alguns aspectos fora da definição dada pela World Organization of National Colleges (WONCA), segundo a qual "a medicina geral é uma disciplina acadêmica e científica, com seus próprios conteúdos educacionais e de

investigação, uma verdadeira atividade clínica baseada em comprovações e uma especialidade clínica orientada à assistência primária"²⁵.

A Federação italiana dos médicos apoia a necessidade urgente de mudanças na formação fundamentada em outros modelos, como a medicina de iniciativa, organizada em equipes multiprofissionais e baseada no papel pró-ativo do médico. Além disso, sugere que a formação de base deve ser caracterizada por conteúdos profissionais que apoiam o médico de família para orientar e acompanhar o paciente no seu percurso assistencial, além de realizar um melhoramento do estado de saúde da população em geral ²⁶.

Assim, como os profissionais de Ferrara, os profissionais do SSC/GHC também apontaram deficiência no processo de formação, que ainda não prepara o profissional para o novo modelo de atenção:

É muito difícil que os profissionais defendam uma coisa que eles não estão formados para isso, porque tu não vai te expor a uma coisa que tu tem insegurança e nas condições crônicas, as práticas são muito mais comportamentais. Então tem um paradoxo, a gente tem uma formação que não contempla essas novas propostas (Entrevistada Crisântemo).

A formação em saúde no Brasil ainda está estruturada no modelo disciplinar de ensino e fundamentada nas ciências biológicas como fonte principal de conhecimento. Mesmo após mais de dez anos de existência da Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais, Almeida Filho ²⁷ aponta que a universidade brasileira, em seu regime ainda hegemônico, submete seus ingressantes a uma formação baseada em currículos fechados, menos interdisciplinares e cada vez mais especializados, pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde e com tendência à alienação, dificultando, assim, um eficiente trabalho em equipe.

A formação dos profissionais de saúde está vivendo um período de grande crise, mas esse não é um problema exclusivo do GHC no Brasil e da AUSL de Ferrara na Itália. A Comissão Independente Global para Educação dos Profissionais da Saúde alerta que as fragilidades da formação são comuns à maior parte dos países. Dentre os principais entraves, destacam: incompatibilidade de competências para as necessidades dos usuários e da população; frágil trabalho em equipe; foco excessivamente técnico; limitação

na compreensão dos contextos locais; orientação hospitalar predominante em detrimento da atenção primária e fraca capacidade de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde ²⁸.

Nas décadas anteriores, a Organização Mundial da Saúde comunicou a comunidade internacional a respeito de modificar os serviços de saúde de acordo com o novo cenário epidemiológico e com os problemas de saúde da população. Isso implica uma mudança nas competências para todos os trabalhadores da área da saúde, resultando na necessidade de re-treinar e re-adaptar os profissionais, assim como modificar os currículos dos cursos universitários ²⁹.

Para auxiliar na formação deficitária dos profissionais da saúde é necessária a formação no serviço. Para tanto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se uma ferramenta para a reflexão do profissional para conseguir o alcance da integralidade, com ação-reflexão-ação, tendo como intencionalidade a articulação de novos saberes na formação, a mudança de atitude, a autonomia e motivação do sujeito, qualificação e mudança das práticas do cuidado ³⁰. No SSC/GHC, as atividades de EPS são realizadas mensalmente nas unidades de saúde, através de discussão de casos e seminários orientados pela realidade local ⁴.

Na Itália, a estratégia utilizada para a qualificação dos profissionais é a educação continuada, contudo, da maneira como foi concebida, tende a favorecer o reconhecimento em créditos da *Educazione Continua in Medicina* (ECM), conforme a participação em grandes congressos de custos elevados, muitas vezes subsidiados pela indústria farmacêutica, com repercussões óbvias sobre a não neutralidade da informação ³¹. A educação continuada nem sempre atende às necessidades oriundas do trabalho e tampouco modifica as estruturas e os processos de trabalho no sentido de qualificá-los no que diz respeito ao atendimento das demandas sociais, que requerem intervenções técnico-operativas ³².

A EPS como dispositivo para fomentar mudanças necessárias, operando principalmente sobre a micropolítica do processo de trabalho é necessária para gerar uma reestruturação produtiva nas Casas da Saúde. Pensando assim, através das experiências brasileiras, incluindo o GHC, o Centro de Saúde Internacional (CSI), vinculado à Universidade de Bolonha

está incentivando as Casas da Saúde da AUSL de Ferrara a fazer com pequenos grupos multiprofissionais, uma educação permanente como estratégia de requalificação das práticas de formação, assistência e gestão.

Em ambas as realidades, os profissionais destacaram conflitos na formação dos profissionais. Conflitos marcados pela incapacidade de atualizar as metodologias e os conteúdos de ensino às profundas mudanças ocorridas nas últimas décadas quer no âmbito social, quer no âmbito da saúde. Nesse sentido, a EPS precisa ser trabalhada e incentivada de forma constante, de modo que os resultados obtidos possam desencadear mudanças significativas nos processos de trabalho. No SSC/GHC, a EPS é experimentada desde 2008, portanto já está inserida no serviço de maneira mais forte e articulada. Diferentemente, na AUSL de Ferrara, a EPS foi proposta em meados de 2014, portanto ainda é considerada uma experiência recente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste trabalho, consegue-se visualizar desafios referentes às inovações na atenção às condições crônicas em dois serviços de atenção primária de dois países com contextos distintos. Identificou-se nos relatos, de ambos locais, que ainda há resistência, tanto dos profissionais, quanto das pessoas com condições crônicas diante das práticas inovadoras. No que se refere a gestão do cuidado, no SSC/GHC ressaltamos o enfoque da gestão por resultados e na AUSL de Ferrara a dificuldade na composição de equipes multiprofissionais e a cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. Outro ponto a ser destacado diz respeito a fragmentação nos serviços de saúde.

Em ambas as realidades, há ainda deficiência no processo de formação dos profissionais frente às profundas mudanças ocorridas nas últimas décadas. Em contrapartida, tanto o SSC/GHC, quanto a AUSL de Ferrara, estão investindo na EPS, a fim de ampliar o engajamento e a reflexão crítica dos gestores e trabalhadores, de modo que contribua para a qualificação dos profissionais.

Constata-se, sobretudo, que estes desafios influenciam claramente no dia a dia dos serviços e desestimulam a incorporação de práticas inovadoras no cuidado de pessoas com condições crônicas. Sendo assim, espera-se que o presente artigo, possa potencializar novas reflexões, subsidiando dessa forma a reorientação do modelo de produção do cuidado e a consequente modificação dos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization - NCD Country Profiles; 2014.
2. Osnorn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff.* 2015; 34(12):2104-12.
3. Mendes EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-americana da Saúde: Brasília; 2012.
4. Mendonça CS, Takeda SMP, Diercks ML, Flores, R. Mudanças na atenção à saúde em condições crônicas em serviços de atenção primária. 2016. [citado em 26 de junho de 2019]. Disponível através de tsilvia@ghc.com.br.
5. Mondini P. La “sanità d'iniziava” e lo sviluppo del nursing nelle cure primarie. *Salute Territorio.* 2015; (204): 527-30.
6. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, & Fagundes, E. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34 (4).
7. Minayo C. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.

8. Massimo EZL; Souza HNF; Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciênc. saúde coletiva*. Março de 2015; 20 (3): 679-688.
9. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção as condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília, 2013. [citado em 26 de junho de 2019]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34286?locale-attribute=pt>.
10. Salci MP; Meirelles BHS; Silva DMGV. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. *Esc. Anna Nery*. 2018; 22 (1).
11. Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2015; 16 (12).
12. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015; (15):1–11.
13. Raupp L, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MV, Koetz, LCE, Almerom GPO. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis*. 2015; 25 (2): 615-634.
14. Tesser C D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51 (116).

15. Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici LM, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):22-27.
16. Gómez-Palencia IP, Castillo-Ávila IY, Alvis-Estrada LR. Uncertainty in Adults with Type 2 Diabetes According to Merle Mishel's Theory. *Aquichan.* 2015; 15(2):210-8.
17. Campos G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
18. Terra LSV; Campos GWS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. *Trab. educ. saúde.* 2019. 17 (2): 1-19.
19. Souza HS. *A interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado* [dissertação]. Universidade de São Paulo; 2015.
20. Martino A, Marta, BL. Sintoni F, Franco, TB. Modelo assistencial da Casa da Saúde: reestruturando o cuidado na atenção primária na Itália. *Saúde Redes.* 2015; 3 (1): 87-101.
21. Cardoso MRO, Ferla AA, Oliveira PTR, Nunes NS. Mix Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Coexistência em Evidência. *Saúde em Redes.* 2017; 3 (2):107-118.
22. Silva DM, Farias HBG, Villa TCS, Sá LD, Brunello MEF, Nogueira, JA. Produção do cuidado aos casos de tuberculose: análise segundo os elementos do *Chronic Care Model*. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016; 50 (2): 239-246.
23. Cucolo DF, Perroca MG. Factors involved in the delivery of nursing care. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(2):120-4.

- 24.** Becchi M., Aggazzotti G. Progetto "Insegnamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie" nel CLM in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia. *Medicina e Chirurgia*. 2008; (42): 1785-1789.
- 25.** Wonca. La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia. Wonca Europe; 2011.
- 26.** Federazione Italiana Medici Di Medicina Generale. La Ri-fondazione della Medicina generale; 2007.
- 27.** Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18 (60): 1677-82.
- 28.** Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*; 2010. 58 (376): 1923-58.
- 29.** World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training; 2013.
- 30.** Portaria n. 3194 de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, PRO EPS-SUS. (2017).
- 31.** Pisacane A. Rethinking continuing medical education. *BMJ*; 2008.
- 32.** Fernandes RMC. Educação Permanente e Políticas Sociais. Campinas: Papel Social; 2016.

ARTIGO III

ARTIGO PUBLICADO: *Versão Português:* Silocchi, Cassiane; Junges, José Roque; Ardigò, Martino. Intersetorialidade e o trabalho em equipe: casos de estudo do Brasil e da Itália. Revista Saúde em Redes., v.4, p.23 -34, 2018.

Versão Italiano: Silocchi, Cassiane; Junges, José Roque; Ardigò, Martino Intersetorialità e lavoro in équipes: casi di studio dal Brasile e dall'Italia. Revista Saúde Em Redes., v.4, p.23 -34, 2018

Intersetorialidade e o trabalho em equipe: casos de estudo do Brasil e da Itália

Teamwork and intersectoriality: case studies from of Brazil and Italy

Cassiane Silocchi

Fisioterapeuta, Mestre - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

E-mail: cassi_silocchi@hotmail.com Correspondência: Rua Beluno, 271, Medianeira, Farroupilha, RS, Brasil. Tel: (54) 991380607 E-mail: cassi_silocchi@hotmail.com

Jose Roque Junges

Professor, Doutor- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

E-mail: roquejunges@hotmail.com

Ardigò Martino

Professor, Doutor – Universidade de Bologna – Itália.

E-mail: ardigma@gmail.com

Todos os autores contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

RESUMO: Dois casos de estudo na atenção primária que se destacam na criação de estratégias para o enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis, podem ser observados no Brasil e na Itália: a experiência do Serviço de Saúde Comunitária que integra o Grupo Hospitalar Conceição no Brasil (GHC) e as Casas da Saúde da Unidade Sanitária Local (AUSL) de Ferrara na região da Emilia Romagna. Tendo em vista estes dois casos, este estudo teve como objetivo discutir as similaridades e diferenças entre os contextos no que se refere a estratégias relacionadas à organização do cuidado às condições crônicas. A metodologia utilizada foi quali-quantitativa, baseada em análises da literatura secundária, relacionada à demografia e epidemiologia, documentos do GHC e da AUSL de Ferrara, além da observação participante. Colocando em análise os dois casos, observou-se que ambos apresentam propostas consistentes, contudo, ainda identificam-se problemáticas em relação ao trabalho em equipe e a intersectorialidade. No caso italiano, merece destaque a

intersectorialidade como estratégia ainda em construção, bem como a falta de uma cultura de trabalho em equipe e a cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. No caso brasileiro, ao contrário, existe trabalho em equipe, contudo, o ato de trabalhar com novas estratégias, gera certo desconforto na equipe. Em relação a intersectorialidade, há iniciativas para ações intersectoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade. Conclui-se que a implementação de um novo modelo de assistência, orientado para as condições crônicas, necessita ainda ser assimilado no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Doença Crônica. Atenção Primária à saúde. Saúde da Família

ABSTRACT: This study shows the analysis of two case studies of primary health care service organizations, one Brazilian and one Italian. Specifically, the experience of the Community Health Service of the Hospitalar Conceição Group and the Health House of the Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) of Ferrara, in the Emilia-Romagna. The aim of this analysis was to discuss the similarities and differences between the two contexts, the respective strategies to contrast the chronic conditions and how services are organized. The methodology used was a quali-quantitative research, based on the analysis of literature with respect to demography and epidemiology, documents of the Hospitalar Conceição Group and the AUSL of Ferrara, as well as on the participant observation. Analyzing the two cases, it was observed that both proposals have consistent strategies, but there are still limits with respect to team-work and intersectorality. In the Italian case, the intersectorality is currently under development, there is a lack of a work culture in equipes and the integrated management of patients is fragmented, in particular with respect to the role of General Practitioners who remain outside the system. In the Brazilian case, however, although work in teams is present, the implementation of new strategies is partial and generates disruption in the team-work. Regarding to intersectorality, although there are different actions, there are still numerous obstacles to their implementation. In conclusion, the analysis shows the implementation of a new model of assistance, directed to contrasting the chronicity has yet to be assimilated in the daily health services.

Keywords: Chronic Disease. Primary health Care. Family Health

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e no Brasil e na Itália ocorre de forma bastante acelerada. Em 1910, a expectativa de vida do brasileiro era de 33,4 anos, aumentando para 64,8 anos em 2000 e para 75,2 anos em 2014. ¹ Na Itália, os maiores de 65 anos eram 20,3% do total da população em 2011, com previsão de ser mais que 32% a partir de 2043.² O aumento da expectativa de vida é um fator positivo, mas a longevidade só será de fato uma conquista se agregarmos qualidade aos anos de vida. ³

Por esta razão, é necessário analisar o desempenho dos sistemas de saúde. Em menos de quatro décadas o cenário epidemiológico mudou radicalmente, passando de um contexto de prevalência de doenças agudas para DCNT. No Brasil, a taxa de mortalidade por DCNT correspondeu a 72% do total de óbitos em 2012. ⁴ Na Itália, segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), 92% da mortalidade são devido às DCNT.

As DCNT resultam não só do envelhecimento da população, mas também estão vinculadas às condições gerais de vida. Globalmente, sabe-se que os quatro grandes fatores de risco comportamentais que estão por trás de mais de dois terços de todos novos casos das DCNT são: dieta pouco saudável, tabagismo, sedentarismo e uso nocivo de álcool. ⁵ Desigualdades sociais, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que também devem ser consideradas. ⁶

As DCNT induzem a um custo crescente da assistência, devido ao aumento progressivo do cuidado. Assim, em um momento de crise econômica global, o tema dos gastos públicos e da sustentabilidade dos sistemas assume um dos principais desafios tanto no Brasil, quanto na Itália.

Os sistemas com forte raiz hospitalocêntrica, baseados na alta especialização, além de custosos, já não são mais eficazes. Assim, se reitera a necessidade de reorganizar os serviços de saúde em uma ótica de APS abrangente, estimulando a integração entre os diferentes níveis de atenção,

proporcionando a participação comunitária. Por esta razão, a APS abrangente caracteriza-se por uma abordagem integrada, centrada na pessoa e nas suas necessidades de saúde, realizada através do trabalho de equipas multiprofissionais, redes de trabalho intersetoriais e participativas.⁷

Em respeito a este tema, entre Brasil e Itália foi criada uma cooperação, denominada Laboratório Ítalo Brasileiro de Pesquisa, Formação e Prática em Saúde Coletiva, cujo principal interesse é incentivar a pesquisa sobre os temas de APS. No quadro desta cooperação se insere uma pesquisa de cinco anos, realizada entre 2013 e 2018, desenvolvida pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha a respeito do desenvolvimento das CdS no território Ferrarese. Nesta pesquisa foi desenvolvida uma análise, levando-se em consideração dois estudos de casos relacionados às estratégias de combate às condições crônicas em um cenário de atenção primária: os serviços relacionados à cronicidade das CdS da AUSL de Ferrara da Região Emília - Romagna, na Itália e a experiência do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no Brasil. O objetivo da análise foi comparar as estratégias e as experiências de frente à cronicidade nos dois contextos, evidenciando as semelhanças e as diferenças e analisando a luz da literatura internacional.

Métodos

A metodologia utilizada foi quali-quantitativa. Foram analisados dados secundários relativos à epidemiologia e demografia nos dois contextos e analisadas as normativas e as diretrizes dos Ministérios da Saúde a respeito do cuidado das condições crônicas, além de documentos relativos ao funcionamento dos serviços locais de saúde.

No período de 10/2016 a 03/2017 foram realizadas leituras e análises documentais relativos ao GHC, grupo hospitalar que fornece serviços de saúde a nível terciário, secundário e primário, diretamente controlado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Também foram realizados encontros e reuniões com integrantes do Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária (CEPAPS), órgão do GHC que se ocupa do desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços assistenciais do grupo.

No período de 04/2017 a 10/2017 foram realizadas análises das diretrizes nacionais e regionais a respeito da instituição e organização das Casas de Saúde (CdS), além de observação participante nas CdS, oportunizadas por meio de participações em seminários, encontros e reuniões com gestores, profissionais e comunidade. Foram realizados 27 encontros e sessões de observação nas Cds Cittadella S. Rocco em Ferrara, CdS di Portomaggiore - Ostellato e CdS Terre e Fiumi, que foram registradas através de diário de campo. Também foram realizadas 13 entrevistas com profissionais e gestores. As mesmas foram analisadas por meio da metodologia de análise de discurso, com particular atenção a análise dos processos de trabalho e das modalidades assistenciais.

As mudanças na atenção à saúde no SSC/GHC

O SSC é um serviço de APS que integra o GHC no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. É composto por doze unidades de saúde, totalizando em média 418 profissionais distribuídos em equipes multiprofissionais.⁸ Estudos do Sistema de Informações em Saúde do GHC (SIS/GHC) demonstraram que a hipertensão é o diagnóstico mais frequente nas unidades de saúde, seguido por diabetes.

Diante deste cenário, a partir de 2012 foram realizadas mudanças assistenciais com o objetivo de introduzir aspectos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), de Mendes⁹, baseado no Chronic Care Model (CCM) de Wagner¹⁰ e no modelo dos determinantes sociais de Dalhgreen e Whitehead.¹¹ Além destes, outras referências foram utilizadas, entre elas, o autocuidado¹², o apoio ao autocuidado¹³, o referencial sobre Saúde Mental e Condições Crônicas da OMS¹⁴, a estratificação de risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e o conceito de vulnerabilidade em saúde de Ayres¹⁵. A seguir são descritas as principais estratégias que estão em processo de implantação nas unidades de saúde.¹⁶

Para contornar o problema das consultas médicas de curta duração, não viáveis no cuidado às pessoas com condições crônicas, o SSC/GHC propôs modelos de cuidado compartilhado, como as consultas multiprofissionais e sequenciais.¹⁶ A consulta multiprofissional é realizada para um grupo de

usuários que apresentam o mesmo problema, com a participação de profissionais de diferentes formações, e as consultas sequenciais, quando o indivíduo compartilha suas experiências com profissionais de diferentes formações, que dividem as informações a serem dadas ao indivíduo.⁹

Referente à ampliação do acesso destas pessoas aos serviços, reorganizou-se as atividades das equipes e implementou-se as consultas programáveis.¹⁶ É o tipo de atenção aplicada rotineiramente e deve ser necessariamente agendada em intervalos regulares e previsíveis. Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá o próximo atendimento agendado.⁹

Em relação às doenças mentais, o SSC/GHC realiza rastreamento para depressão, utilizando o instrumento de rastreamento psiquiátrico SRQ 20 (Self Report Questionnaire).¹⁷ O tabagismo e o uso excessivo de álcool, como fatores predominantes das DCNT também são considerados. Para estimular as atividades de controle do tabagismo, as equipes realizam consultas clínicas e de aconselhamento, atividades em grupo, uso de medicamentos de apoio e estímulo à promoção de atividades de educação em saúde. Para avaliar o uso abusivo de álcool é utilizado o CAGE (Cut down – Annoyed- Guilty –Eye opener), um instrumento que investiga o uso de álcool.¹⁸

Outra intervenção que merece destaque é a estratificação de hipertensos e diabéticos, segundo riscos e vulnerabilidade, utilizando-se uma classificação que considera a severidade da doença e a capacidade de autocuidado. Esta classificação foi aperfeiçoada por Sturmer e Bianchini¹⁹, a partir do CCM, do Modelo de Determinação Social e do Risco Cardiovascular de Framingham.¹⁶

Em relação às práticas intersetoriais, o SSC/GHC constrói parcerias com as escolas e com os Conselhos Locais de Saúde. Nas escolas, as ações incluem atividades de promoção à saúde relacionadas aos fatores de risco das doenças cardiovasculares, como avaliação antropométrica, promoção da alimentação saudável, promoção de atividades físicas, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Com os Conselhos Locais de Saúde realizam-se encontros em formato de oficina que objetivam mobilizar os recursos da comunidade para atender às necessidades dos usuários com DCNT. Entre as demandas levantadas, destaca-se a construção de Academias da Saúde nas comunidades, contudo, as mesmas ainda não foram construídas.¹⁶

Casas da Saúde: inovação na atenção primária

A região Emilia-Romagna está entre as primeiras regiões italianas a adotar o modelo com a Lei Dgr 291 de 2010 - “Casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale” (Giunta della regione Emilia Romagna. Progr.Num. 291/2010). Como veremos, trata-se de uma unidade de saúde próxima do que no Brasil se conhece por Unidade Básica de Saúde e representa uma novidade no sistema de saúde italiano que tenta implementar o cuidado primário.²⁰

A AUSL de Ferrara é composta por três distritos, treze núcleos de cura primária, dois hospitais comunitários, três CdS em funcionamento e três em fase de implementação. No mesmo território se encontra um grande hospital universitário, e três hospitais menores que funcionam como spoke do hospital central. As CdS estão divididas em três tipologias: pequena, média e grande, com base na complexidade dos serviços. A CdS pequena compreende a assistência pediátrica, obstétrica, Médico de Medicina Geral (MMG), ambulatório de enfermagem, assistência especializada, suporte para as pessoas com DCNT e assistência social. As CdS média e grande complementam os serviços de baixa complexidade, além de todas as funções da assistência distrital. Em duas CdS da AUSL de Ferrara também estão presentes hospitais comunitários e uma estrutura assistencial que hospeda pacientes com diagnósticos aclarados, mas que precisam de uma intervenção integrada social e sanitária para permitir a domiciliação do cuidado.²¹

Uma característica importante do sistema de saúde italiano a ser ressaltada é a forma de contratualização dos Médicos de Família (MdF), que não são funcionários públicos, mas livres profissionais, podendo trabalhar em seus consultórios privados ou dentro da CdS. Quando aceitam trabalhar para dentro da estrutura, podem se recusar a trabalhar em equipe com os outros profissionais que, pelo contrário, são contratualizados pelo Serviço Nacional de Saúde e respondem a gestão do serviço.²⁰

A AUSL de Ferrara, nos últimos anos também tem focalizado a atenção sobre a gestão das condições crônicas, através da medicina de iniciativa e dos percursos assistenciais integrados (Percursos de diagnósticos terapêuticos

assistenciais – PDTA), consideradas novas abordagens organizacionais para adequar as respostas assistenciais frente ao aumento das condições crônicas.²² Além destas, existe também um plano nacional específico para o combate às condições crônicas do Ministério da Saúde italiano, baseado em modelos internacionais.

Resultados e Discussão

O Brasil e a Itália atravessam, em diferentes condições, o mesmo processo de transição demográfica e epidemiológica, exigindo habilidades específicas dos gestores para entender as mudanças que ocorrem nos cenários locais e a capacidade dos profissionais de saúde para modificar seus processos de trabalho. A organização dos serviços no novo cenário requer uma notável inovação: é necessário modificar a modalidade de produção da assistência, substituindo o modelo centrado na patologia para o modelo centrado na pessoa. Além disso, é necessário o desenvolvimento de intervenções *lifelong* do tipo promotiva e preventiva, necessitando de habilidades e competências específicas por parte dos serviços, tanto em relação a comunicação, como em competências organizacionais para a constituição de redes intersetoriais e interinstitucionais que permitem trabalhar com determinantes sociais, culturais e biológicos .

As CdS da AUSL de Ferrara ainda são uma experiência recente, de caráter construtivo. O SSC/GHC, ao contrário, é uma instituição consolidada, construída ao longo dos anos de existência. Mesmo frutos de contextos distintos, ambos os casos oferecem contribuições significativas em suas propostas para o enfrentamento das condições crônicas, contudo, apresentam ainda, diferentes desafios relacionados a intersetorialidade e o trabalho em equipe.

No que diz respeito ao SSC/GHC, como vimos anteriormente, há iniciativas para ações intersetoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade. No entanto, mesmo que a intersetorialidade não ocorra de forma efetiva, é entendida como reconhecimento de prática integrada de trabalho em equipe, considerando-se que a unidade de saúde, sozinha, não é capaz de implementar práticas de promoção da saúde, uma vez que depende muitas vezes de outros setores. Já nas CdS da AUSL de Ferrara, a intersetorialidade

ainda é uma estratégia em construção, necessitando enfrentar os efeitos da arquitetura do serviço e do imaginário dos diferentes profissionais, gestores e representantes da comunidade local.

Conforme Malta,²³ a implementação da ação intersetorial é um grande desafio em função de inúmeros fatores envolvidos, dentre eles, a definição de objetivos comuns a todos os setores, a coordenação das ações, a definição do financiamento, monitoramento, prestação de contas e a sustentabilidade das ações. Outro ponto a ser observado é a mistura de competências, backgrounds profissionais, a complexidade da colaboração interdisciplinar, a diversidade de pontos de vista e as diferenças de opinião. Ou seja, quando se constitui uma mesa de trabalho intersetorial, é necessário ter em conta a conflitualidade, às vezes também gerada ao longo de muitos anos de trabalho vertical e muito enraizada no imaginário dos próprios trabalhadores.

Nesse contexto, a superação deste desafio perpassa principalmente pela mediação de conflito. Portanto, em uma primeira fase da constituição do grupo de trabalho intersetorial, a atividade preeminente deve ser a mediação de conflito, conflito mantido mais pela falta de entendimento da lógica de trabalho do outro que por outras razões. Contudo, é importante, reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de encorajar a inovação e a solução de problemas. Ultrapassada essa fase, se apresenta a necessidade de construir um idioma comum, sendo que muito frequentemente alguns conceitos são vinculados a setores específicos, ou que as mesmas palavras são usadas de forma diferente em diferentes contextos. Finalmente, depois dessas duas etapas, trabalhando com casos concretos, os profissionais começam a reorganizar o cuidado em redes intersetoriais.

Outra questão relativa às CdS é o trabalho em equipe. Uma questão fundamental para ser entendida é o papel do MdF no SSN. Os MdF não são funcionários públicos, mas são contratados de uma forma bastante singular devido a história do SSN. Essa particularidade do SSN se reflete negativamente no percurso de construção das CdS, dificultando a constituição de equipes de saúde da família.

Esta cultura organizativa evidencia que as ações de saúde ainda estão pautadas no modelo biomédico, cujas consequências são a reprodução e a fragmentação das intervenções relacionadas ao processo saúde-doença. A

fragmentação impede a continuidade do cuidado, uma vez que o trabalhador passa a executar atos isolados e o usuário acaba se “perdendo” no sistema de saúde. Às vezes, os trabalhadores têm conhecimento do que precisa ser realizado para dar continuidade ao tratamento, mas como é necessária a ação de outros profissionais que não se comunicam, o cuidado fica fragmentado.

No SSC/GHC, ao contrário, existe trabalho em equipe, contudo, cabe frisar que mesmo funcionalmente atuando em grupo, vários obstáculos ainda são encontrados. Há de se considerar que propor mudanças e reavaliar atividades que já estão consolidadas em sua forma de cuidar pode gerar certo desconforto na equipe. Os profissionais em geral se sentem sobrecarregados com o “novo” e isso provoca de forma inicial esse sentimento de "mais uma coisa", resistência, não fazer, não se envolver.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo dos profissionais e gestores, maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.²⁴

Neste cenário, as atividades de educação permanente são fundamentais. O SSC/GHC realiza atividades educativas mensais nas unidades de saúde, tais como discussão de casos e seminários orientados pela realidade local. O referencial pedagógico utilizado são os aportes da Educação Crítica de Adultos, cujos pressupostos são os de que adultos aprendem quando sentem uma necessidade e as mudanças ocorrem quando se percebe um problema/necessidade, sendo construtores ativos dos novos conhecimentos e das novas práticas.¹⁶

Na AUSL de Ferrara, a atividade proposta é um modelo de formação intervenção, baseado em aprendizagem significativa dos profissionais, que se beneficia da discussão de casos clínicos de alta complexidade relacionados à DCNT. A metodologia utilizada é desenvolvida pelo CSI em parceria com diferentes instituições brasileiras que participam do Laboratório Ítalo Brasileiro de Pesquisa Formação e Prática em Saúde Coletiva. A metodologia junta o quadro teórico da pesquisa intervenção com o da formação intervenção, utilizando ferramentas de análise de produção do cuidado em saúde, do

trabalho assistencial, das redes de produção e de relações intersetoriais e interprofissionais com o objetivo de produzir um processo de empoderamento dos atores envolvidos e estimular um conhecimento profundo da produção de trabalho no cuidado em saúde operada pelo serviço. Além disso, favorece a reorganização dos percursos assistenciais a partir da experiência em campo e ajuda a gestão na modelagem dos serviços.

A realização das atividades propostas, tanto no SSC/GHC, quanto na ASUL de Ferrara pode não ser “a solução” dos desafios expostos, mas possibilita a identificação de um caminho a percorrer frente às dificuldades no desenvolvimento das novas abordagens organizacionais para adequar as respostas assistenciais frente ao aumento das condições crônicas.

Considerações Finais

Identificam-se avanços positivos com relação ao cuidado de pessoas com condições crônicas. Contudo, identifica-se também, a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e estratégias de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação ainda estão presentes.

No caso italiano, merece destaque a intersetorialidade como estratégia em construção, bem como a falta de uma cultura de trabalho em equipe e da cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. No SSC/GHC, ao contrário, existe trabalho em equipe, contudo, o ato de trabalhar com o “novo”, gera consequentes resistências, que muitas vezes podem ser explicadas pela comodidade com o processo já adaptado. Em relação a intersetorialidade, há iniciativas para ações intersetoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade.

Sabe-se que a transformação das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços e nas relações interpessoais. Assim, a implementação de um novo modelo assistencial, voltado às condições crônicas, necessita ainda ser assimilada no cotidiano dos serviços de saúde.

Referências

1. SCHMIDT M. I, DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011; (20): 421-423.
2. Il futuro demográfico del paese [Internet]. Instituto Nazionale di Statistica. 2011. [acesso em 2018 fev 05]. Disponível em: <http://www.istat.it/it/archivio/488751>
3. VERAS R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. 2011; 4 (14): 779-786.
4. OMS. Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases. Genebra, 2011.
5. BEAGLEHOLE R, BONITA R, HORTON R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*. 2011; 14 (377): 38-47.
6. COSTA L.C, THULER L. CS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2012; 1 (29): 133-45.
7. LABONTÈ R, SANDERS D, PACKER C, SCHAAY N. Revitalizing health for all : case studies of the struggle for comprehensive primary. University of Toronto Press. Toronto Buffalo London, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Monitoramento e avaliação: relatório de avaliação, 2010.
9. MENDES E.V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012.
10. WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract*. 1998; (1) 2-4.
11. DAHLGREN G.; WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization, 1992.
12. LANGE I. et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Geneva: OPAS, 2006.
13. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Autocuidado apoiado. Manual do Profissional de Saúde. Curitiba, 2012. [acesso em 2018 fev 05].

Disponível em:
<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>.

14. WFMH. World Federation for Mental Health. Mental Health and Chronic Physical Illnesses the Need for Continued and Integrated Care. World Mental Health Day. 2010.
15. AYRES J.R.C.M. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Casa de Edição; 1996
16. TAKEDA S.M. P.; MENDONÇA C.; FLORES R. Diretrizes para o Planejamento 2013-2020: Acesso; Qualidade da Atenção; Integração Ensino-Serviço. Orientações para a organização dos processos de trabalho e desenvolvimento das ações relativas às diretrizes nas unidades de saúde, centros de atenção psicossocial e consultório na rua. Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. 2 revisão, 27 de janeiro de 2015. Disponível através de tsilvia@ghc.com.br
17. HARDING T .W et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241.
18. BERESFORD T. P. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *The Lancet*. 1990; 25: 482-485.
19. STÜRMER P.L, Bianchini I. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)
20. MARTINO A.; MARTA B.L.; SINTONI F. Modelo Assistencial da Casa da Saúde: Reestruturando o Cuidado na Atenção Primária na Itália. *Saúde em Redes*, 2015.v.3.n.1, p. 87-101,
21. MACIOCCO G.; BRAMBILLA A. Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche. *Salute e Territorio*. 2016; 211: 92-96,
22. MONDINI P. La “sanità d’iniziativa” e lo sviluppo del nursing nelle cure primarie. *Salute e Territorio*. 2015; 204: 527-30,

23. MALTA D.C et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acesso em 2018 fev 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html