



LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NO  
CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS  
NA APS: A implantação do Modelo de  
Atenção às Condições Crônicas na UBS  
Alvorada em Curitiba, Paraná

**Organizadores:**

Simone Tetu Moysés  
Antonio Dercy Silveira Filho  
Samuel Jorge Moysés



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde



1 9 0 2 - 2 0 1 2



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

**LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NO CUIDADO  
DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS:  
A implantação do Modelo de Atenção  
às Condições Crônicas na UBS Alvorada,  
em Curitiba, Paraná**

**Organizadores:**

Simone Tetu Moysés  
Antonio Dercy Silveira Filho  
Samuel Jorge Moysés

Brasília – DF  
2012

© 2012 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2012 – 1000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL  
Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde  
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19  
CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil  
www.apsredes.org

Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS  
Edifício Terra Brasilis Quadra 1, BL. N, 14 Andar, Sala 1404  
Setor de Autarquias Sul  
CEP: 70070-010 Brasília-DF – Brasil  
www.conass.org.br

*Organizadores:*  
Simone Tetu Moysés  
Antonio Dercy Silveira Filho  
Samuel Jorge Moysés

*Revisão Técnica:*  
Elisandréa Sguario Kemper  
Maria José Evangelisa

*Capa e Projeto Gráfico:*  
All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Às equipes de saúde da família da UBS Alvorada que, com dedicação, profissionalismo e iniciativa, propuseram-se a refletir sobre suas práticas, produzindo e experimentando novos modelos no cuidado às Condições Crônicas, entendendo o Laboratório de Inovações como uma possibilidade de contribuírem para o fortalecimento e consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

#### Ficha Catalográfica

---

Moysés, Simone Tetu; Silveira Filho, Antonio Dercy; Moysés, Samuel Jorge. organizadores.  
Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.  
193 p.: il.

1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Modelo de Atenção à Saúde 4. Envelhecimento. 5. Saúde do Idoso I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84

---

#### NOTA

O projeto gráfico e a editoração dessa publicação foram financiados pelo Termo de Cooperação nº 43 firmado entre a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde.

# Sumário

Prefácio .....	5
Apresentação I .....	9
Apresentação II .....	11
A palavra da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba.....	13
Curitiba: um pouco de história.....	17
A Saúde no Município: resgatando a história de implementação do modelo de atenção à saúde em Curitiba.....	23
Os caminhos para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba .....	35
Contextualização do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas em Curitiba .....	39
A criação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Curitiba .....	47
Desenho da Pesquisa Avaliativa e Seleção da UBS Alvorada .....	57
A seleção de indicadores para avaliação .....	69
Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas .....	81

<b>A construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) em Curitiba.....</b>	<b>103</b>
<b>A revisão das Diretrizes Clínicas de Hipertensão, Diabetes e Depressão: estratificando riscos.....</b>	<b>113</b>
<b>Construindo a estratégia do Autocuidado Apoiado.....</b>	<b>129</b>
<b>O Cuidado Compartilhado (CUCO).....</b>	<b>143</b>
<b>Percepção das equipes e usuários sobre o processo de intervenção na UBS Alvorada.....</b>	<b>161</b>
<b>Análise do processo de implantação do LIACC na UBS Alvorada: lições aprendidas e descobertas.....</b>	<b>179</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>191</b>

## Prefácio

O SUS, em sua caminhada por constituir-se num sistema público universal, enfrenta grandes desafios. Dentre eles, dois se destacam: o subfinanciamento e o modelo de atenção à saúde praticado hegemonicamente.

O subfinanciamento é um problema cuja solução transcende o espaço microeconômico. A mudança do modelo de atenção à saúde é um imperativo que se coloca em função das mudanças demográficas, nutricionais e epidemiológicas que ocorrem no Brasil e pode e deve ser implementada a partir de experiências locais.

O Brasil vive uma situação de saúde que se caracteriza por transições demográfica e nutricional aceleradas e por uma transição epidemiológica singular, a tripla carga de doenças, em que convivem, a um só tempo, as doenças infecciosas e as condições maternas e perinatais, as causas externas e as doenças crônicas e seus fatores de risco.

A crise do modelo de atenção à saúde manifesta-se pela incoerência entre uma situação de saúde dominada fortemente por condições crônicas e uma resposta social articulada, de forma episódica, reativa, fragmentada e voltada para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas. É como se tivéssemos uma situação de saúde do século XXI sendo socialmente respondida por um modelo de atenção à saúde construído na metade do século XX. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

A superação dessa crise de modelo de atenção à saúde está sendo buscada em âmbito internacional. Há uma proposta seminal do Chronic Care Model (CCM) desenvolvida nos Estados Unidos e que tem sido aplicada, com modificações, em diferentes países, desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse modelo está sustentado por evidências robustas de sua efetividade e eficiência.

Para utilização no SUS, um sistema público universal, esse modelo passou por um processo de expansão que resultou da incorporação, a ele, do Modelo da

Pirâmide de Riscos e do Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, constituindo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas necessita ser testado empiricamente por meio de pesquisas avaliativas que permitam validar seu uso em nosso sistema público de saúde. Mais uma vez, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba, em consonância com seu espírito empreendedor, atestado por tantas experiências inovadoras no SUS realizadas ao longo do tempo e descritas nesse estudo, se apresentou para construir uma proposta de um novo modelo de atenção à condições crônicas e testá-la no âmbito dos cuidados primários.

Dada a complexidade das mudanças propostas, a SMS de Curitiba resolveu desenvolvê-las e implantá-las sob a forma de projeto-piloto, o que não é de sua tradição. Surgiu, assim, a proposta do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na atenção primária à saúde, coordenado pelo Centro de Informações em Saúde (CIS), com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da assessoria técnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

O projeto está sendo desenvolvido em etapas. A primeira etapa, realizada por um grupo de condução formado por técnicos do CIS, foi de adaptação do MACC à realidade do SUS e de desenvolvimento de instrumentos de intervenção. A segunda etapa foi de desenho da pesquisa avaliativa, também feita pelo grupo de condução com assessoria técnica da PUCPR. A terceira etapa foi de implantação da pesquisa avaliativa que partiu de um projeto-piloto na Unidade Básica de Saúde Alvorada e de seleção e início de uma pesquisa quase-experimental que envolve 12 unidades de saúde que operam com a Estratégia de Saúde da Família.

Todos esses processos estão descritos detalhadamente nesse livro. Mas há uma ênfase relativa maior no estudo de caso da UBS Alvorada. O complexo processo de mudança que envolve a implantação do novo modelo na atenção primária à saúde precisava ser testado e validado, inicialmente, numa unidade para, daí, ser experimentado numa pesquisa avaliativa mais ampla.

Essa rica experiência está relatada nesse estudo de caso.

É possível entender e valorizar o trabalho magnífico de adaptação do modelo e de construção de instrumentos de intervenção. Mudanças significativas foram propostas e testadas em diferentes elementos: nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, na prevenção das condições de saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no sistema de informações clínicas, na educação permanente, na gestão da clínica, no autocuidado apoiado, nas relações com a comunidade e na valorização do espaço saúde como centro da atenção às condições crônicas.

Além disso, há que se ressaltar a produção de instrumentos fundamentais para a implantação desse novo modelo como o manual de autocuidado apoiado, uma nova forma de atenção denominada de cuidado compartilhado (CUCO) e a validação transcultural de ferramentas de monitoramento como o ACIC e o PACIC.

Certamente, esse trabalho desenvolvido na SMS de Curitiba constitui, por sua importância e originalidade, um marco na atenção primária à saúde como mudança de paradigma na atenção às condições crônicas.

Por isso, cumprimento:

- Secretária Municipal de Saúde, Eliane Veiga Chomatas, por ter assumido e liderado esse processo;
- Raquel Ferraro Cubas por tê-lo coordenado e a todos os profissionais que participaram do Grupo de Condução do Laboratório, pelo trabalho dedicado e competente;
- Maria Cristina Arai, Autoridade Sanitária Local da UBS Alvorada, aos profissionais de suas três equipes e à equipe do NAAPS, pela coragem e compromisso com que desenvolveram os trabalhos de implantação do projeto-piloto;
- as Unidades de Saúde que estão envolvidas na pesquisa avaliativa por sua abertura para o novo;
- Simone Tetu Moysés e toda a equipe da PUCPR pelo excelente trabalho de apoio metodológico;

- os coordenadores e autores pela forma equilibrada como estruturaram esse livro e pela qualidade dos textos produzidos;
- as pessoas usuárias que participaram criticamente dessa aventura criativa que lhes permitirá transitar de pacientes a agentes protagônicos de sua própria saúde.

Estou certo de que esse livro relata uma experiência piloto de transformação do modelo de atenção às condições crônicas que, aplicada em escala, mudará de forma radical e para melhor a atenção primária à saúde no SUS.

Boa leitura!

***Eugênio Vilaça Mendes***

# Apresentação I

Nas últimas décadas, as dinâmicas sociais imprimiram grandes mudanças nas sociedades, gerando uma complexidade social, econômica, demográfica e ambiental sem precedentes e que lançou importantes desafios para os sistemas de saúde.

As pressões fiscais e sociais decorrentes das mudanças da economia global exigem reformas adicionais no setor saúde, que combinem melhores práticas clínicas com mecanismos organizacionais e gerenciais eficientes.

A receita do mais do mesmo não funciona. Muitas vezes, são necessárias mudanças profundas nos instrumentos de gestão. O problema da incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Ou seja, é preciso introduzir mudanças que resultem num melhoramento concreto e mensurável, que pode envolver diferentes áreas, como o desempenho, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos usuários (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, para um gestor a inovação é uma função fundamental e, além de incorporar a inovação, ele precisa de competências para poder administrar o processo de mudança, visando conter os custos e os tempos, minimizar os riscos e maximizar o impacto. A inovação está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidade de resolver muitos problemas em saúde.

Os Laboratórios de Inovação são espaços de produção de evidências e de gestão do conhecimento, a partir de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde. Foram desenvolvidos como uma proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, inicialmente no âmbito do SUS e com foco nas Redes de Atenção e Atenção Primária em Saúde. Essa proposta vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada

desde 2008 e faz parte do escopo de cooperação técnica entre OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde.

A ideia dos laboratórios de inovação surgiu como uma proposta de criar comunidades de inovadores, ou potenciais inovadores, que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficiente nos problemas de gestão. Parte do pressuposto de que muitas experiências significativas são produzidas, porém carecem de sistematização e de espaços que propiciem a análise mais aprofundada dos problemas e o compartilhamento de soluções.

Essa publicação é um dos produtos resultantes do Laboratório de Inovações no cuidado das condições crônicas na APS, coordenado pela OPAS/OMS Brasil e Conass, por meio da parceria com CONASEMS, SMS de Curitiba-PR, SES Paraná e apoio do Ministério da Saúde. Ressaltamos a importância dessa publicação, que parte de uma experiência concreta de uma UBS de Curitiba-PR, com ferramentas e processos inovadores nessa área, que refletem o esforço e comprometimento dos gestores e equipe do município no enfrentamento do grande desafio das condições crônicas.

***Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS Brasil***  
***Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS***

## Apresentação II

A urbanização e o aumento da expectativa de vida têm produzido mudanças no perfil de saúde-doença da população, fazendo do manejo das condições crônicas um dos maiores desafios na atualidade para os sistemas de saúde no mundo. Condições crônicas apresentam-se na população de forma mais ou menos persistentes e exigem dos sistemas de saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias respostas proativas, contínuas e integradas.

Estudos demonstram que boa parte das pessoas que frequentam as Unidades Básicas de Saúde se beneficiam mais efetivamente caso participem continuamente de grupos colaborativos e apoiadores para o autocuidado, do que simplesmente realizando as consultas médicas individuais regulares. Isso 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 ou agravo, pratiquem o autocuidado e recebam apoio e tratamento no seu sofrimento. Isso contribuirá para seguir em suas vidas de modo mais satisfatório.

Há muito Curitiba inova no uso de tecnologias de atenção à saúde e de gestão. Nos últimos dois anos, investiu fortemente em mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde. As equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) há alguns anos trabalham com o reconhecimento da determinação social da saúde-doença e das necessidades das pessoas, baseadas na territorialização, com definição de áreas e microáreas de abrangência, reconhecimento da população por estratos por gênero, faixas etárias, grupos de atenção, além da estratégia da “estratificação de risco” na organização da demanda/oferta da atenção à saúde, em especial no cuidado das condições crônicas, com concentração do cuidado profissional individual aos pacientes de alto risco. Assim, a organização da atenção à saúde estrutura-se identificando aqueles usuários e famílias que mais necessitam de acompanhamentos contínuos.

A experiência aqui relatada, no manejo e cuidado das condições crônicas, iniciou-se na UBS Alvorada e em seguida expandiu-se para outras seis UBS do

município. Novas tecnologias têm sido experimentadas, com enfoque prioritário, em uma primeira fase, no cuidado da hipertensão arterial, diabetes e depressão. Como principal estratégia, propõe-se a reorganização do atendimento, inovando no manejo e na elaboração de novas tecnologias de cuidado, de educação em saúde, na revisão de diretrizes clínicas, dentre outras ações.

Por meio de um acordo de cooperação firmado entre Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), consolida-se o Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde no marco das Redes de Atenção à Saúde em Curitiba – Projeto 2012-2013. Pretende-se garantir o acompanhamento do desenvolvimento dessa experiência por meio de uma pesquisa avaliativa conduzida pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, bem como possibilitar a divulgação e potencial disseminação desses novos conhecimentos produzidos.

Dessa maneira, mais uma vez Curitiba contribui para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, com a certeza de que no futuro essas tecnologias de cuidado às condições crônicas também possam ser aplicadas nas diferentes realidades e sirvam para a melhoria da atenção à saúde dos brasileiros. Boa leitura!

**Luciano Ducci**  
**Prefeito Municipal de Curitiba**

## A palavra da Secretária Municipal de Saúde de Curitiba

A implantação de um novo modelo de atenção às condições crônicas de saúde só foi possível graças à prévia organização do sistema de saúde em Curitiba. Com cobertura potencial da totalidade da população na Atenção Primária à Saúde (cerca de 1,7 milhão de habitantes), esse Sistema atualmente cobre 50% da população pela Estratégia Saúde da Família e 50% pela Atenção Primária à Saúde tradicional. Todas as UBS contam também com Equipes de Saúde Bucal. São mais de 7 mil profissionais de saúde no município, todos contratados por concurso público (1.140 médicos, 763 enfermeiros, 607 cirurgiões-dentistas, 2.558 auxiliares de enfermagem, 587 auxiliares em saúde bucal e 229 técnicos em saúde bucal, entre outros), além de mais de 1.000 agentes comunitários de saúde. A estrutura hospitalar possui 79 hospitais, com 3.673 leitos e a cidade está dividida em nove Distritos Sanitários. Desde 1999, Curitiba possui um sistema informatizado próprio em todas as Unidades Básicas de Saúde, e, com sua evolução, a partir de 2008 permite estratificar o risco do usuário com condição crônica conforme o grau de evolução da doença, além de gerar relatórios sobre consultas, exames, dispensação de medicamentos, entre outros procedimentos.

Deseja-se melhorar as formas de cuidado ao usuário com condição crônica na Atenção Primária à Saúde. O projeto-piloto de manejo e cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde iniciou-se na UBS Alvorada, com enfoque prioritário no cuidado a diabetes, depressão e hipertensão. A UBS Alvorada foi escolhida para testar as tecnologias de manejo do usuário com condições crônicas, com ênfase nas tecnologias do cuidado compartilhado e do autocuidado apoiado. Pretende-se que as equipes estejam mais próximas dos usuários, valorizado seus saberes e fomentando novas habilidades e capacidades para o autocuidado. Essa é uma mudança importante no modo de ser e agir, na relação de reciprocidade entre equipe de saúde e usuários, numa clara redistribuição de poderes e responsabilidades no manejo das condições crônicas.

A experiência de Curitiba é particularmente relevante pela solidez da proposta e o registro dessa experiência visa possibilitar a divulgação do aprendizado que as equipes locais e gestores estão vivenciando. Por isso, está sendo acompanhada pelo Laboratório de Inovações conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Paraná em uma parceria firmada com a Prefeitura de Curitiba por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. A Pontifícia Universidade Católica do Paraná é a instituição acadêmica parceira que analisará os processos de desenvolvimento e resultados dessa experiência. Pretende-se assim validar as tecnologias e instrumentos utilizados nesse modelo de atenção.



**Foto1** Usuária do Programa de Hipertensos e Diabetes da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

As equipes de Saúde da Família da UBS Alvorada têm sido grandes parceiras e também idealizadoras dessa empreitada, onde os conhecimentos estão sendo produzidos numa construção participante de profunda interação entre teoria e

prática. As propostas traduzidas nesse livro são uma profusão de ideias e propostas de correções de rumos, sendo passíveis de ponderações e críticas.

O que se pretende introduzir de mudanças não é fácil! É fazer algo novo na gestão e produção do cuidado. Inovar exige coragem, determinação e perseverança para experimentar, acompanhar, avaliar e corrigir.

Essa publicação visa divulgar a experiência do projeto-piloto da UBS Alvorada de Curitiba, oportunizando que outras localidades possam se beneficiar dos aspectos observados e análises realizadas. Dessa forma, compartilhamos nossos aprendizados e desafios, na certeza de que estamos trilhando uma experiência com a qual ainda temos a aprender.

***Eliane Regina da Veiga Chomatas***  
***Secretária Municipal de Saúde de Curitiba***





# Curitiba: um pouco de história

**Antonio Dercy Silveira Filho**

**Inês Kultchek Marty**

**Nilza Terezinha Faoro**

Um dos três Estados que compõem a Região Sul do Brasil, o Paraná, tem como capital Curitiba, fundada oficialmente em 29 de março de 1693, quando da criação da sua Câmara Municipal (1).

A mineração, aliada à agricultura de subsistência, foram suas principais atividades econômicas até meados do século XVII, quando então se inaugurou um novo ciclo econômico baseado na atividade tropeira pecuária, que perdurou pelos séculos XVIII e XIX. Os “tropeiros” eram condutores de gado que circulavam entre Viamão, no Rio Grande do Sul, e a Feira de Sorocaba, em São Paulo, cujo destino final eram as Minas Gerais. No seu longo caminho, as fazendas localizadas nos “campos de Curitiba” os acolhiam durante os invernos rigorosos e, assim, eles ali permaneciam até o final das invernações. Derivam desse período costumes como assar a carne no fogo de chão e contar “causos”, a fala escandida que gerou o carregado sotaque característico “leite quente”, o consumo do chimarrão (erva-mate com água quente, na cuia, porque os índios a utilizavam na forma de tererê, com água fria) e o uso de ponchos de lã (1).

Com o ciclo da erva-mate e da madeira em expansão no final do século XIX, a região passou a receber imigrantes europeus, e a Estrada de Ferro Paranaguá-Curitiba ligou o Litoral ao Primeiro Planalto paranaense. Ao longo desse século, imigrantes de todos os continentes deram nova conotação ao cotidiano de Curitiba. Seus modos de ser e de fazer se incorporaram à maneira de ser da cidade. As festas cívicas e religiosas de diversas etnias, dança, música, culinária, expressões e a memória dos antepassados, até hoje são bem curitibanas. Essas diferentes etnias estão representadas nos diversos memoriais da imigração colocados nos espaços públicos, parques, praças e bosques municipais (1).

Localizada num altiplano 934 metros acima do nível do mar, carente de marcos de paisagem da natureza, acabou criando suas principais referências pela ciência e pela mão humana. Nesse cenário, a cidade fora aos poucos planejada, e no século XX, a indústria se agregou com força ao perfil econômico antes embasado nas atividades comerciais e do setor de serviços. A “mítica imigrante do trabalho” (observação do poeta Paulo Leminski) aliada a gestões municipais sem solução de continuidade acabou criando uma Curitiba internacionalmente premiada em gestão urbana, meio ambiente e transporte coletivo (1).

Especialmente nos anos 1970, provocada pelas migrações do campo, oriundas da industrialização que provocou a substituição da mão-de-obra agrícola, a cidade enfrentou um processo de urbanização acelerada. Agora Curitiba enfrenta os desafios das grandes metrópoles, onde a questão urbana tem que ser repensada com enfoque humanista, buscando preservar a qualidade de vida de quem nela vive. Seu povo, um admirável cadinho que reuniu estrangeiros de todas as partes do mundo e brasileiros de todos os recantos, ensina no dia-a-dia a arte do encontro, da convivência, da tolerância às diferenças. Curitiba renasce a cada dia com a esperança e o trabalho nas veias, como nas alvoradas de seus pioneiros (1).

Com 432 km<sup>2</sup> de território quase totalmente ocupado, o planejamento urbano e implantação de ações na capital paranaense passou a ter enfoque metropolitano, objetivando a manutenção e ampliação da qualidade de vida, como o transporte coletivo, que já chega a 13 cidades vizinhas, e a coleta seletiva de lixo, já adotada por 14 prefeituras. A Região Metropolitana de Curitiba é formada por 26 municípios, com uma população de 3.168.980 habitantes (2). Segundo o IBGE, a taxa anual de crescimento da Região Metropolitana é de 3,02% – superior, portanto, à média de 1,53% ao ano, verificada nos demais centros urbanos do País.

O município de Curitiba limita-se com os municípios de Almirante Tamandaré, Colombo, Piraquara, São José dos Pinhais, Mandirituba, Araucária e Campo Largo, que juntamente com Rio Branco do Sul, Quatro Barras, Contenda e Balsa

Nova, constituem 13 municípios da Região Metropolitana, situando-se no centro sul do 1º Planalto Paranaense (2).

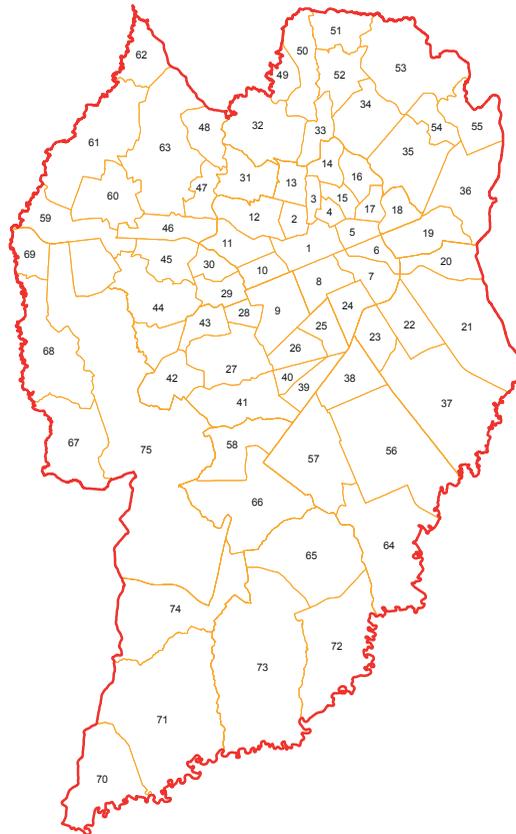
Dados principais	
Área	432 km <sup>2</sup>
População	1.751.907 hab. (IBGE/2010)
Bairros (ver bairros)	75
Relevo	Levemente ondulado
Área verde por habitante	51 m <sup>2</sup>
Extensão Norte-Sul	35 km
Extensão Leste-Oeste	20 km
Altitude média	934,6 m
Latitude	25°25'48" Sul
Longitude	49°16'15" Oeste
Fuso horário	Brasília
Clima	Temperado
Pluviosidade	1.500 mm/ano
Temp. média no verão	21°C
Temp. média no inverno	13°C

Região Metropolitana de Curitiba



**Figura 1** Características demográfico-espaciais de Curitiba

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



Fonte: CURITIBA, 2012

Com 52 metros quadrados de área verde por habitante, totalizando aproximadamente 82 milhões de m<sup>2</sup>, Curitiba tem um dos melhores índices do País. São mais de 30 parques e bosques que se tornaram atrações turísticas. Suas áreas verdes são de fundamental importância para a população, que assume os cuidados com o meio ambiente como parte de sua cultura (3).

Meio ambiente e saúde são valores culturais importantes para os curitibanos. Famosos por valorizarem seu território, suas culturas, suas gentes, seus valores, suas cores e espaços, características por vezes confundidas como “bairrismos”, configuram um povo presente na determinação das políticas públicas, exigente, negociador, que prima por respostas adequadas às suas necessidades.

O Sistema Municipal de Saúde, com uma história de construção social e política que remonta da fundação da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba em 1855, a partir de 1970, guiada pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira, continuamente busca organizar o modelo de atenção à saúde com foco na gestão baseada na população. Acompanhar as transformações sociais e epidemiológicas de seus municípios é fundamental para a formulação política estratégica das ações de saúde ao longo desses anos.





# A Saúde no Município: resgatando a história de implementação do modelo de atenção à saúde em Curitiba

*Eliane Regina da Veiga Chomatas*

*Karin Regina Luhm*

*Inês Kultchek Marty*

Até a década de 1980, as esferas de governo ofertavam serviços de saúde não integrados à população de Curitiba. A esfera federal fazia o atendimento nos postos de saúde do INAMPS aos trabalhadores com registro em carteira de trabalho. O Estado e o Município atendiam a população geral em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 1983, a Secretaria Estadual de Saúde e Bem Estar Social mantinha 14 unidades demandadas por uma população acima de 15 anos. O Município possuía 13 unidades que realizavam o atendimento à população que buscava espontaneamente consultas eventuais. O atendimento programado se concentrava principalmente na atenção a gestantes, lactentes e a crianças na idade pré-escolar.

Nesse período, a maioria dos serviços públicos de saúde estava concentrada no centro da cidade. A orientação das políticas de saúde era proveniente de dois ministérios: o Ministério de Previdência Social, responsável pelas ações curativas baseadas num modelo centrado no atendimento individualizado, na especialização e hospitalocêntrico, e o Ministério da Saúde, responsável pelas ações preventivas.

Inspirado nas recomendações da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata no ano de 1979, que orientou a necessidade de reforma do setor saúde no mundo com a primazia da atenção primária à saúde, o município de Curitiba passou a implementar a partir daquele mesmo ano um modelo de Atenção Primária à Saúde. Organizado de forma hierarquizada, regionalizada e com delimitação de área de atuação para cada UBS, o modelo proposto foi explicitado no documento “Modelo de Saúde Regionalizado e Hierarquizado”, elaborado em coparticipação SESB/INAMPS/PMC/Saza Lattes. A hierarquização

pressupunha a integração e o escalonamento dos serviços em três níveis, na forma de pirâmide. Na base da pirâmide, sob a responsabilidade do município, estava a atenção primária à saúde desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde, devendo ser a porta de entrada do sistema. O segundo nível, de atenção secundária, caracterizava ações e atividades realizadas em ambulatórios gerais e hospitais equipados com recursos especializados. O ápice da pirâmide, com serviços de maior complexidade prestados por hospitais/serviços especializados, representava o nível terciário de atenção. Ainda nesse período, iniciaram-se algumas experiências de participação popular na organização dos serviços de saúde de Curitiba, por meio da organização e ação de comissões locais de saúde.

Em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, voltado para um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, previa ampla integração entre INAMPS, Secretarias Estaduais, Serviços Municipais e Escolas de Medicina. Iniciava-se na cidade o processo de municipalização de três Unidades Básicas de Saúde do Estado. Em 1984, o Plano Setorial de Saúde avançava, prevendo a passagem gradativa das Unidades Básicas de Saúde estaduais para a supervisão municipal e a integração das unidades municipais com os serviços estaduais e ambulatórios de maior complexidade.

Ao final da década de 1980, o município contava com um sistema de saúde composto de 57 unidades, oferecendo atendimento básico na área de saúde geral, incluindo atendimento odontológico. Em 1986, na reestruturação administrativa da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), a Lei nº 6.817 cria a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e amplia o número de unidades de saúde na cidade.

A partir da VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em março de 1986, que consolidou as propostas da Reforma Sanitária, foram lançadas as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição de 1988 e implementado pela Lei Orgânica de Saúde de setembro de 1990. A saúde passa então a ser considerada como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. O SUS determina a articulação entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), instituindo como princípios para sua organização a universalidade, a integrali-

dade, a equidade, a descentralização das ações, a participação da comunidade e a regionalização/hierarquização dos serviços de saúde. Guiando-se por essas orientações, o sistema de saúde em Curitiba gradativamente implementa os princípios e tecnologias com prioridade à integralidade da atenção, orientada com base na APS e na garantia do acesso contínuo e oportuno à população (4).

A municipalização do SUS em Curitiba foi efetivada em 1992, quando mais nove unidades de saúde, algumas do Estado e outras do INAMPS, passaram a ser gerenciadas pela SMS. Visando o fortalecimento da atenção primária à saúde buscou-se oferecer à população um serviço público, integrado, hierarquizado, descentralizado e territorializado. Para tanto, um importante passo foi dado com a criação das Regionais da Saúde, depois denominadas Distritos Sanitários. Tais Distritos Sanitários hoje correspondem em número e em área de abrangência às Administrações Regionais de Curitiba.

Os Distritos Sanitários são caracterizados como unidades territoriais contínuas, definidas a partir de sua identidade cultural, que devem constituir-se com autonomia relativa para o desenvolvimento de ações de saúde, sendo responsáveis, no âmbito de seu território, pelas ações de vigilância à saúde, planejamento, epidemiologia, vigilância sanitária e saúde ambiental. Dessa maneira, foi possível consolidar uma estrutura para implementar diversas políticas com base na efetivação da descentralização e do controle social (4).

Em 1996, o município se habilita para a gestão semiplena do SUS exercendo as funções de regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos serviços contratados pelo sistema do município, passando, em 1998, para a gestão plena do sistema. Dessa forma, a Secretaria Municipal da Saúde assume a gestão do Sistema de Saúde em toda a sua complexidade, compreendendo que a atenção à saúde deve ser prestada de forma integral, englobando a promoção da saúde, prevenção de doenças e a assistência à saúde.

O controle social consolida-se em duas instâncias principais, incluindo os Conselhos de Saúde (Locais, Distritais e Municipal) e as Conferências de Saúde, com a participação dos vários segmentos de forma paritária (usuários, trabalha-

dores, prestadores e gestores), deliberando, fiscalizando e avaliando as ações de saúde na cidade. Em 1991, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba e, em 2011, durante a 11ª Conferência Municipal de Saúde, mais de 13.000 pessoas participaram desse processo. Dessa forma, consolida-se o papel fundamental do controle social na determinação dos rumos e efetivação das políticas de saúde em Curitiba (5).

A política global do sistema é orientada pelo Plano Municipal de Saúde (PMS), construído de forma ascendente e embasado em fatores determinantes e condicionantes da saúde da população. O PMS é discutido e aprovado a cada quatro anos nas Conferências Municipais de Saúde, desdobrando-se em Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG), ferramentas fundamentais para o planejamento e a avaliação da totalidade das ações de saúde desenvolvidas em todas as instâncias da Secretaria Municipal da Saúde. O Plano de Governo, o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias/LDO e os Orçamentos Anuais detalham as prioridades e os gastos anuais.

Para dar conta da demanda crescente na área da saúde, o Município vem ampliando gradativamente a aplicação de recursos financeiros: em 2000, 7,78% do orçamento municipal era destinado à Saúde; em 2006 o percentual foi de 15,7% e em 2011 de 17,12%, superando desde 2006 o percentual definido para os municípios na Emenda Constitucional 29.

As parcerias com outros setores públicos, privados e organizações da sociedade civil beneficiam o processo de atenção à saúde dos curitibanos e consolidam-se como ferramentas importantes na construção de um SUS-Curitiba de forma compartilhada e com corresponsabilidade.

## **A Rede de Atenção à Saúde em Curitiba**

A atual Rede de Atenção à Saúde de Curitiba está centrada na Atenção Primária à Saúde, com Distritos Sanitários e Unidades Básicas de Saúde (UBS), com áreas de abrangência e populações definidas, que definem a forma de organizar

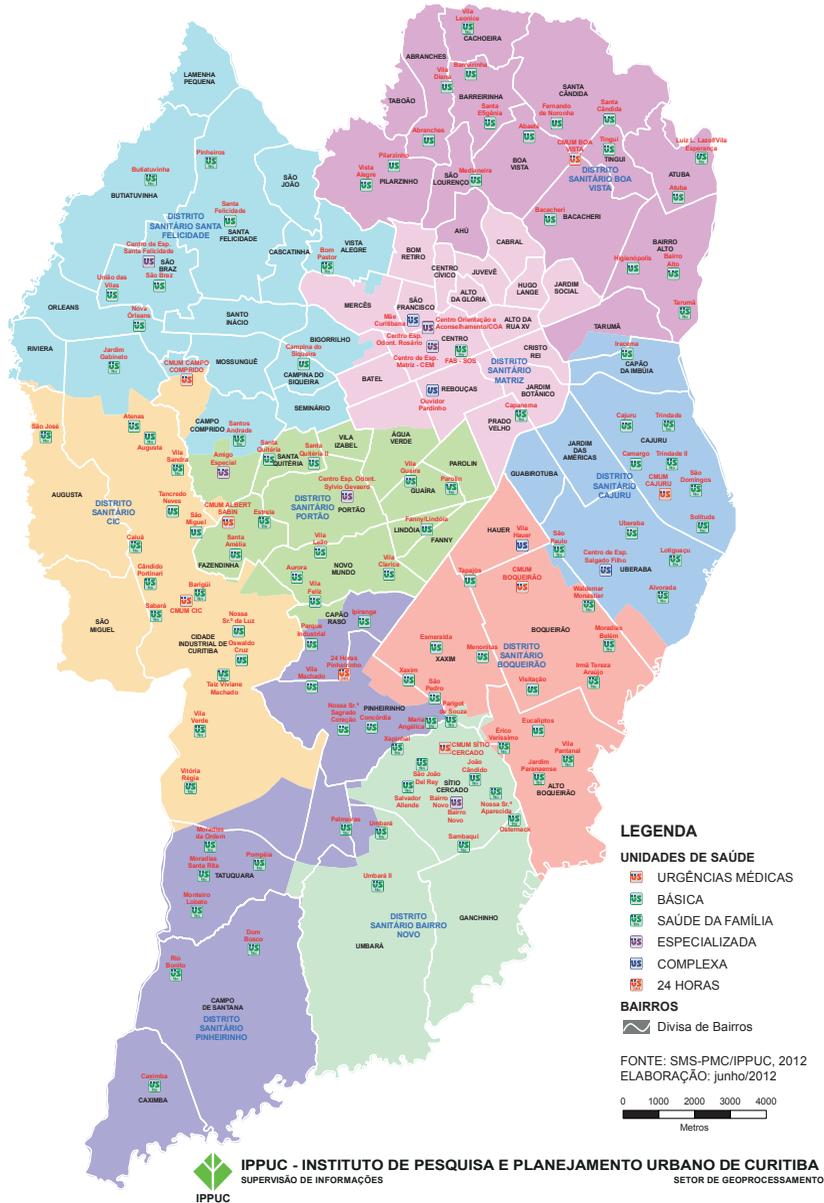
a atenção integral à saúde – promoção, prevenção e assistência – mediante a garantia do acesso humanizado, acolhedor, com vistas à constituição de vínculos entre usuários e equipes de saúde.

Essa Rede é composta por nove Distritos Sanitários, com 138 Equipamentos de Saúde distribuídos entre 54 UBS, 55 UBS com Estratégia de Saúde da Família, três UBS convencionais com especialidades, oito Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM), oito Unidades de Saúde Especializadas, 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois Hospitais Municipais, e um Laboratório Municipal, além de contar com vários serviços conveniados.

A estrutura de serviços hospitalares é composta por 79 hospitais, sendo 35 Hospitais Gerais, 27 Hospitais Especializados e 17 hospitais-dia na Rede de Saúde Mental. Destes, 22 estabelecimentos são credenciados ao SUS, oito CMUM, quatro públicos, três universitários e dois municipais, totalizando 3.673 leitos disponíveis ao SUS. Nos serviços ambulatoriais conveniados busca-se garantir a integralidade da atenção, com base nas necessidades dos usuários, ofertando-se serviços de média complexidade, como exames laboratoriais e especializados, órteses e próteses, fisioterapia, consultas médicas especializadas, radiologia, ecografia, entre outros. Também se garante oferta aos serviços de alta complexidade, como hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear e tomografia computadorizada (6).

Figura 2 A Rede de Atenção à Saúde de Curitiba

**Unidades Municipais de Saúde por Divisões dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2012**





**Foto 2** UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

Dentre os serviços de apoio, Curitiba conta com um Laboratório Municipal, que realizou, em 2011, 2.919.112 exames laboratoriais, perfazendo uma média de 243.259 exames ao mês; um serviço de Ouvidoria da Saúde, interligada a uma central de atendimento da Prefeitura Municipal de Curitiba; uma Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados, que realizou 792.082 mil consultas e o agendamento de 587.466 mil exames especializados em 2011; uma Central de Leitos Hospitalares, que realizou 163.898 internamentos em 2011, uma média de 13.658 mil internações ao mês (6).

Destaca-se o diferencial dessa estrutura dos equipamentos de saúde em Curitiba, que passaram por contínua modernização como o aumento do espaço físico da UBS com base nos fundamentos da ambiência, visando garantir maior adequação aos atos em saúde; a incorporação do “Espaço Saúde” – espaço de aproximadamente 60m<sup>2</sup> destinado às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, reuniões e dinâmicas de grupo; e a incorporação de tecnologias de

informação, como o prontuário eletrônico integrado em rede. Essas inovações têm sido produzidas com vistas à maior qualidade da atenção e ao conforto de usuários e profissionais de saúde.



**Foto 3** Espaço Saúde da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)



**Foto 4** Espaço Saúde da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

Com uma força de trabalho de aproximadamente 7.330 trabalhadores de saúde, constituem-se equipes multiprofissionais de Atenção Primária à Saúde compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Essas equipes contam com o apoio matricial dos Núcleos de Apoio em Atenção Primária (NAAPS) – a tradução local da política dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), compostas por profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.

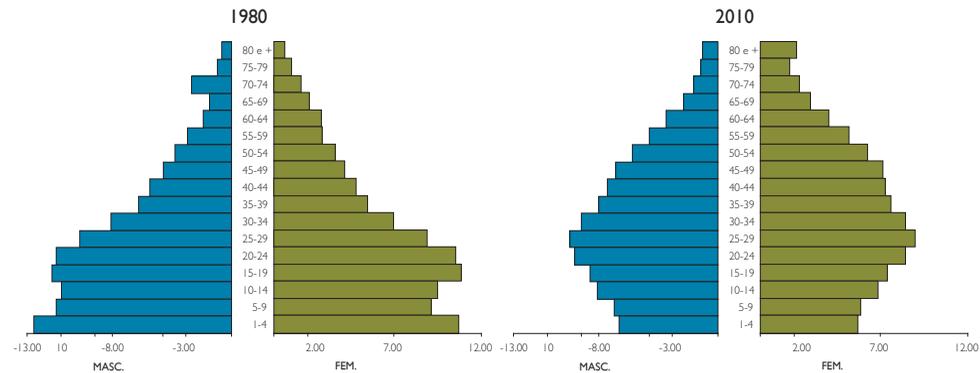
O crescimento da estrutura e recursos sempre se guiou para consolidar os Distritos Sanitários como regiões de saúde autônomas, interligadas de maneira inteligente por sistemas de apoio e logísticos que garantam acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde, sempre que necessário. Perceber onde e como as pessoas vivem e moram e ter a capacidade de “customizar” as políticas de saúde de maneira a adequá-las ao arcabouço cultural local, sempre foram diferenciais do

Sistema Municipal de Saúde de Curitiba. A força política dos diferentes atores da saúde, em especial dos usuários, que dispõem de contínuos canais comunicantes com a gestão da saúde, por um lado fomentam um olhar sempre crítico sobre a realidade de saúde a ser enfrentada, e por outro, a exigência de criatividade e coragem para produzir inovação.

Com a missão de *“planejar e executar a política de saúde para o Município de Curitiba, responsabilizando-se pela gestão e regulação dos serviços próprios e conveniados, monitorando doenças e agravos e realizando a vigilância sanitária sobre produtos e serviços de interesse da saúde, visando a uma população mais saudável”* a Secretaria Municipal da Saúde, constantemente desafiada, tem que buscar adequar essa missão ao crescimento populacional, ocupação territorial, verticalização, transformações na pirâmide etária e no perfil epidemiológico.

De 1990 a 2010, Curitiba sofreu uma profunda mudança no perfil etário de sua população, com significativa diminuição na taxa de natalidade e um aumento dos estratos populacionais de maior idade, o que por si só configura novos desafios a serem enfrentados pelo sistema de saúde. Além disso, o aumento das condições crônicas em saúde e das causas externas demonstra uma importante mudança no perfil epidemiológico da população curitibana. Em 1980, 55.943 habitantes possuíam 60 anos ou mais, representando 5,5% da população total. No ano de 2010, passaram a representar 11,3%, com 198.089 idosos. A esperança de vida ao nascer saltou de 65,5 anos na década de 1980 para 73,2 anos em 2010 (7).

Figura 3 Pirâmides etárias de Curitiba, 1980 e 2010



Fonte: IBGE, 2010; CURITIBA, 2010

Por outro ângulo, a mortalidade infantil, diretamente enfrentada com o Programa Mãe Curitibana, caiu de 42,7/1000 nascidos vivos em 1980 para 8,68/1000 nascidos vivos em 2011 (dado preliminar) (6).

Esses dados evidenciam mudanças importantes no perfil da população da cidade com impacto sobre a atenção em saúde, entre elas: que a população curitibana está envelhecendo; que o êxodo das cidades do interior para a capital, que foi grande em décadas anteriores, ainda persiste, mas não chega a ser um grave problema social; que os hábitos da vida moderna, especialmente as mudanças de consumo alimentar, o tabagismo, o álcool, a inatividade física e os poucos tempos para o lazer, têm produzido o aumento e agravamento das condições crônicas em saúde, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabete Melito Tipo 2 e o aumento de problemas mentais, com destaque à Depressão; que a urbanização e os modos de ser e agir da atualidade têm produzido também o aumento das violências em geral, especialmente das violências no trânsito e interpessoais, mas também das violências de cunho social e psicológico; que persistem ou emergem algumas doenças infectocontagiosas que, aliadas ao crescimento das doenças crônicas e das causas externas, fazem de Curitiba tipicamente uma cidade que tem tripla carga de doenças a ser enfrentada pelo Sistema Municipal de Saúde.

Apesar dos avanços na expansão, organização e consolidação do Sistema Municipal de Saúde de Curitiba, esse novo contexto exige inovações no enfrentamento da saúde da população. Tais inovações devem aliar a incorporação de novas tecnologias em saúde e ter capacidade de produzir mudanças nos sujeitos e coletivos humanos, de maneira a possibilitarem que cada vez mais possam ter a garantia de qualidade de vida e saúde. Para tal, fundamentadas pelos princípios da humanização, do cuidado integral e longitudinal em saúde, as novas tecnologias introduzidas no atendimento com o Laboratório de Atenção às Condições Crônicas de Curitiba inovam nas propostas de ações individuais e coletivas que efetivamente transformem a qualidade da atenção e do cuidado.



# Os caminhos para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba

**Raquel Ferraro Cubas**

**Karin Regina Luhm**

**Anna Paula Penteado**

Desde sua estruturação, os serviços municipais de saúde de Curitiba, além de oferecerem atenção às condições agudas por meio do atendimento à demanda espontânea, organizavam a atenção contínua por meio de programas focalizados nos ciclos de vida, inicialmente para gestantes, lactentes e escolares.

A ampliação da atenção primária, somada ao processo de territorialização dos serviços na década de 1990, permitiu, com base no perfil dos territórios definidos pelas áreas de abrangência das UBS, a introdução de novos programas para agravos mais prevalentes como diabetes, hipertensão, câncer de colo uterino e transtornos mentais, além da ampliação da cobertura populacional nos programas já existentes.

O incremento das estruturas de suporte operacional à atenção em saúde na rede municipal, incluindo a implantação de um sistema informatizado de informação, a construção de um Laboratório Municipal de Análises Clínicas com capacidade para atenção à toda a rede, a garantia do acesso a medicamentos essenciais com a definição da Farmácia Curitibana e a incorporação progressiva de outras categorias profissionais como nutricionistas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, organizados mais recentemente em Núcleos de Apoio à Atenção Primária em Saúde (NAAPS), garantiram uma retaguarda essencial para a qualificação da atenção e para a estruturação de um modelo de atenção às condições crônicas nas Unidades Básica de Saúde.

Aliada a esse processo, a municipalização da gestão da assistência ambulatorial especializada e da assistência hospitalar, com regulação do acesso a atenção secundária e terciária, com configuração da UBS como porta de entrada e orientadora do sistema, apoiada por centrais de marcação de consultas e exames

especializados e de leitos hospitalares, abriu caminho para a construção de uma rede integrada de atenção à saúde, buscando a superação da fragmentação dos pontos de atenção.

O destacado Programa Mãe Curitibana, lançado em 1999, é exemplo de sucesso na organização de uma rede integrada de serviços, com foco nas linhas de cuidado, estratificação de risco e na vinculação do usuário ao sistema de saúde na cidade. Estruturado para prestar acompanhamento de saúde desde o planejamento familiar, passando pela confirmação da gravidez até o pós-parto, com garantia de vinculação a uma maternidade na primeira consulta de pré-natal, o programa vem conseguindo reduzir a mortalidade infantil e materna por meio da prevenção, detecção e tratamento precoce de patologias, da garantia de acesso aos serviços especializados para gestantes de baixo e alto risco, e das ações educativas para mulheres gestantes e puérperas, bem como buscando o envolvimento dos pais desde o início do pré-natal.

A organização das ações voltadas à saúde da criança e do adolescente supera também a visão restrita da atenção às patologias agudas, com enfoque na prevenção e orientação do crescimento e desenvolvimento saudável, além da identificação de grupos vulneráveis para atenção prioritizada. A implantação de um protocolo de atenção às alergias respiratórias na infância, em 2001, incluindo a asma que, por elevada prevalência e gravidade entre a população pediátrica, configura-se como problema de saúde pública, é exemplo do sucesso na atenção às condições crônicas da criança. Produzido em parceria com universidades e entidades de classe, o protocolo de atenção inclui a oferta de medicamentos inalatórios para o controle dos sintomas propiciando a redução dos episódios de agudização da doença com diminuição de complicações e internamentos.

O avanço nos sistemas de informação e o uso da epidemiologia na avaliação e planejamento, com a análise mais apurada das mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população, reforçaram a importância do enfrentamento às condições crônicas como uma prioridade para melhorar a qualidade de vida e saúde da população. Progressivamente, programas e ações foram sendo incorporados ao modelo de atenção, qualificando o cuidado com enfoque na

promoção da saúde, atuando sobre fatores comuns de risco e no fortalecimento das capacidade individuais e coletivas de proteção.

O lançamento do Programa de Saúde Mental em novembro de 1999, com a configuração das equipes das UBS como responsáveis pelo processo de acolhimento, avaliação do quadro e da possibilidade de tratamento de transtornos mentais com retaguarda de serviços especializados ambulatoriais, é um exemplo do avanço na atenção às condições crônicas, numa área em que culturalmente sempre houve exclusão social e fragmentação da atenção, centrada na hospitalização.

Outro programa de atenção às condições crônicas no município que merece destaque é o Programa Mulher Curitibana. Lançado em 2009, é uma estratégia de atenção à mulher com 50 anos e mais para prevenção e diagnóstico precoce de condições crônicas mais prevalentes e seus fatores de risco, com especial atenção ao de câncer de mama. Adotando o modelo de rede integrada de atenção, realiza o rastreamento organizado com busca ativa de mulheres cadastradas nas UBS.

No campo das ações intersetoriais com foco no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, atuação sobre fatores comuns de risco às condições crônicas na cidade e o fortalecimento das capacidades de proteção individuais e coletivas, destaca-se o protagonismo da saúde na mobilização de ambientes saudáveis, como escolas, universidades e locais de trabalho, com a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba, que marcou uma participação importante na gestão pública da saúde na cidade.

Um movimento que evidencia a construção de políticas específicas voltadas para a atuação sobre fatores de risco às condições crônicas inclui as ações intersetoriais para o controle do tabagismo – com intervenções, inclusive de natureza legislativa, sobre o ambiente para proteção do fumante passivo; a vigilância e atenção nutricional direcionada; e o estímulo à atividade física.

Também, como experiência ímpar de estratégia intersetorial com impacto para redução da violência, um agravo de relevância para a realidade populacional dos

grandes centros urbanos, destaca-se a estruturação e consolidação da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência, com o objetivo de prevenir e atender os casos de violência a esses grupos residentes em Curitiba. Tal experiência, ampliada para incluir a proteção de outros grupos vulneráveis, como as mulheres, tem sido capaz de induzir a mobilização para o cuidado e atenção compartilhada com corresponsabilidade entre poder público, equipes de saúde e sociedade em geral.

Observa-se, assim, que diversas ações, estratégias e políticas vêm orientando a construção de uma cultura institucional voltada para a atenção e cuidado às condições crônicas e fornecendo as bases para avançar na atenção à saúde, com especial atenção para as novas demandas impostas pelo contexto e necessidades de saúde da população. O olhar sobre o cuidado a condições crônicas como a hipertensão, o diabetes e a depressão, no contexto do modelo de atenção estruturado em Curitiba, evidencia o propósito de buscar o fortalecimento do cidadão como agente de sua saúde, por meio da incorporação de tecnologias e com base nas melhores evidências disponíveis, para o cuidado compartilhado.



# Contextualização do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas em Curitiba

*Ademar Cezar Volpi*

*Ana Maria Cavalcanti*

*Antonio Dercy Silveira Filho*

*Raquel Ferraro Cubas*

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

As mudanças no estilo de vida dos cidadãos curitibanos em muito contribuíram para o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis na tripla carga de doença. Determinantes proximais do processo saúde-doença, como os padrões alimentares e a exposição aos fatores comuns de risco aumentando, são evidenciados na pesquisa VIGITEL (8), conduzida pelo Ministério da Saúde. O relatório de 2010 evidencia o perfil desses fatores na população curitibana com 18 anos e mais: tabagismo em 18,9% dos homens e 15,4% das mulheres; uso abusivo de álcool em 22,0% dos homens e 5,7% das mulheres; inatividade física em 13,7% dos homens e 10,8% em mulheres e excesso de peso em 56,0% dos homens e 42,3% das mulheres.

Em relação às crianças, o excesso de peso aumentou de 25,28% para 31,48%, segundo pesquisas nutricionais realizadas em 2005 e 2010 na Rede Municipal de Ensino de Curitiba. Nas menores de cinco anos, o sobrepeso foi observado em 3,7%, em 1994, e 6,8%, em 2010.

A gestão municipal da saúde de Curitiba acompanha sistematicamente as transformações sociais que afetam a saúde de seus municípios e, a partir delas, busca soluções inovadoras para seu enfrentamento. Dessa maneira, delineou-se o Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas de Curitiba (LIACC). Seus objetivos principais são produzir e disseminar conhecimentos relativos ao cuidado das condições crônicas pelas Equipes de Saúde da Família da APS a partir do marco teórico das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como desenvolver e experimentar soluções práticas e inovadoras, testando novos instrumentos para o cuidado, a gestão da clínica e a gestão do caso, aplicados pelas equipes multiprofissionais de APS no manejo das condições crônicas.

## Referencial teórico do modelo adotado

O manejo das condições crônicas constitui-se num dos maiores desafios para os sistemas de saúde no mundo, contemporaneamente. Para responder a esse desafio, torna-se premente a consolidação dos princípios, atributos e características da APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (9). Segundo a Organização Mundial da Saúde (10), *“quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona... Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas”*.

Para Mendes (9), a implantação de um novo modelo de cuidados é necessária para responder às novas demandas impostas pela expansão das Condições Crônicas. A crise do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciada pela inadequação para responder a essas demandas, não se resolveria apenas com um adequado financiamento, ou seja, mais dinheiro não seria a solução. Numa dimensão macropolítica, segundo o autor, o SUS ainda não procedeu às mudanças necessárias para efetivar adaptações nesse novo momento da sociedade. Sua organização continua privilegiando a atenção às condições agudas ao fundamentar-se no modelo de queixa-consulta.

Mendes (9) questiona a forma como a clínica é exercida, especialmente a médica, fundamentada no modelo biomédico hegemônico e que se traduz num

sistema fragmentado, reativo, episódico, voltado à atenção às condições agudas ou às agudizações das condições crônicas. Sua constatação é que cerca de 50% das pessoas que frequentam as UBS se beneficiariam mais efetivamente de grupos colaborativos ao invés de consultas médicas individuais para controle de suas condições crônicas de saúde. Isso porque o bom controle das suas condições crônicas exige tanto a adesão às terapêuticas tradicionais como o aprimoramento do conhecimento sobre a doença, a prática do autocuidado e a resolução de problemas do cotidiano (9).

Por isso é tão necessária a revisão das tecnologias de cuidado praticadas na APS, posto que a prática atual não enfrenta a “epidemia” das condições crônicas em todas as suas dimensões. Uma resposta consistente ao enfrentamento dessa dimensão micropolítica da saúde é apontada no livro “O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia Saúde da Família” (11).

As condições crônicas constituem problemas complexos, portanto seu enfrentamento exige solução sistêmica. A proposta implementada em Curitiba está apoiada na formulação proposta por Mendes (11), introduzindo elementos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) desenvolvido pelo autor a partir da integração dos princípios de três modelos: o Modelo de Atenção Crônica proposto pelo MacColl Institute for Health Care Innovation, o Modelo da Pirâmide de Riscos proposto pela Kaiser Permanente, e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (9).

O MACC aplicado à APS, a partir da estratificação de risco, descreve cinco níveis de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção das condições crônicas, a clínica das condições crônicas menos complexas, a clínica das condições crônicas mais complexas e a clínica das condições crônicas muito complexas. Nos dois primeiros níveis, as equipes de saúde atuam antes que condições crônicas se estabeleçam, e nos demais, as intervenções clínicas sobre condições crônicas já estabelecidas sistematizam-se por meio de atividades planejadas a partir das necessidades dos usuários, mediante seu risco identificado (9).

Alguns movimentos reconfiguram esse modelo: (i) da atenção centrada na doença para uma atenção centrada na pessoa; (ii) da atenção do indivíduo para a atenção familiar; (iii) do equilíbrio entre oferta de ações na atenção à demanda espontânea e programada; (iv) da introdução de novas formas de atenção, tais como atendimentos em grupos e à distância; (v) do fortalecimento do trabalho multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio em Atenção Primária (NAAPS) – a tradução curitibana da política nacional que implementou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que introduziu novos membros das equipes de SF (profissionais de educação física, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e psicólogo).

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

Assim, dentre as características essenciais do MACC implementado em Curitiba destacam-se: 1) a *gestão baseada nas necessidades da população* em substituição da gestão da oferta (modelo hegemônico no SUS); 2) a *estratificação de riscos* mediante identificação dos grupos de risco homogêneos, que passam a ser alvo de tecnologias de cuidado e periodicidade de acesso distinto, de acordo com seu estrato, por parte de equipe multidisciplinar, sendo em alguns casos manejados com uma menor concentração de consultas médicas e de enfermagem; porém, com maior concentração de ações de autocuidado apoiado pelas equipes multiprofissionais; e, 3) o *reforço ao autocuidado apoiado*, praticado pela equipe de saúde com objetivo de ampliar as áreas de competências necessárias aos usuários nos seus conhecimentos, habilidades e despertar de atitudes para se autocuidarem (11).

Alguns aspectos da APS que favorecem a implantação do MACC em Curitiba merecem ser salientados. A infraestrutura das UBS no município é adequada ao

trabalho das equipes de SF na APS, o que permite operar mudanças no modelo de atenção. Há alguns anos, por exemplo, iniciou-se a implantação do “Espaço Saúde” em cada uma das UBS, que são salas de aproximadamente 60m<sup>2</sup> que dispõem de uma pequena cozinha experimental, de recursos para a prática de atividade física (colchonetes, bastões, etc.), de cadeiras removíveis e de outros recursos que possibilitam atividades em grupos.

A UBS dispõe de diversos equipamentos médicos, odontológicos e de enfermagem adequados as ações e práticas propostas para a APS. Por exemplo, há coleta descentralizada de exames complementares em todas as UBS, que só é possível graças à capacidade institucionalizada, em termos humanos e de insumos disponíveis, mediante oferta compatível garantida por meio da produção do Laboratório Municipal de Curitiba. Para a odontologia, por exemplo, estão disponíveis equipamentos que condizem com as necessidades assistenciais atuais. Para a Classificação de Risco (Protocolo de Manchester), termômetros digitais. São, portanto, inúmeros equipamentos e recursos que se adequam às práticas propostas, conferindo uma densidade tecnológica que condiz com as ofertas assistenciais previstas para a população na APS.

Os prontuários eletrônicos são uma realidade desde 2001 em Curitiba, o que garante a gestão de riscos e agravos permanentemente, com base nos princípios da Vigilância em Saúde que outrora se orientou pelos fundamentos dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde – SISS (12) e que agora possibilitam os trânsitos assistenciais e de informação dentro da proposta das RAS (9). Ressalva-se que, em sua lógica, apesar de avançada, o prontuário eletrônico estrutura-se a partir dos contatos individuais dos usuários com o sistema de saúde, padecendo de avançar na estruturação de prontuários familiares eletrônicos, já em estudo por parte da gestão municipal.

Todos os profissionais das equipes multiprofissionais da APS são concursados, contratados mediante concurso público com vínculo estatutário e, no caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mediante seleção pública e contrato regido pela CLT. Portanto, em todas as categorias profissionais as relações de trabalho seguem os preceitos legais, com as garantias trabalhistas previstas, não

havendo profissionais com contratos precários atuando nos serviços de APS. Por exemplo, os NAAPS abrangem a totalidade das equipes de SF na APS, estejam ou não organizadas a partir da estratégia Saúde da Família, sendo todos os profissionais também concursados e com vínculo estatutário, os quais se incorporam ao trabalho das equipes de SF na APS, fortalecendo especialmente as ações com enfoque na promoção da saúde e prevenção de agravos.

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

A equipe de gestores é eminentemente constituída por servidores públicos de carreira, em todos os níveis. São médicos, dentistas, enfermeiros e tantos outros profissionais que alternam suas profissões com os cargos na gestão, sendo ASL, Supervisores de Distrito Sanitário, Superintendentes, Diretores, Coordenadores de Programas Estratégicos e Secretário da Saúde. Essa atitude política garante continuidade das ações estratégicas, apesar das alternâncias decorrentes dos processos políticos, constituindo-se como uma fortaleza institucional da gestão da saúde em Curitiba.

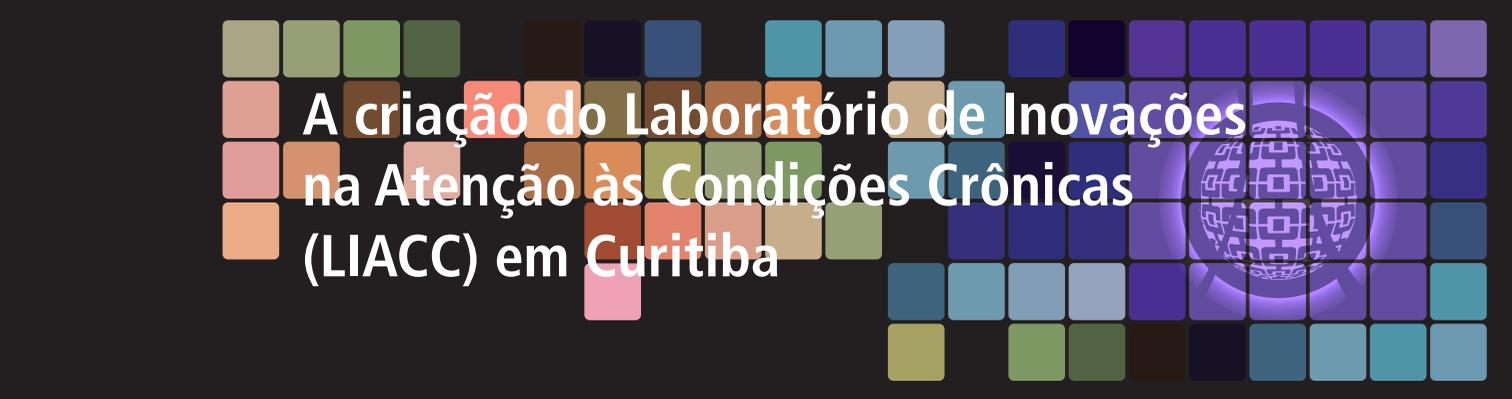
A gestão conta ainda com Conselhos Locais de Saúde (CLS) ou Conselhos Distritais de Saúde em todas as unidades assistenciais, eleitos a cada dois anos por meio de Conferências Locais e Distritais de Saúde. Dessa maneira busca-se superar eventuais fragilidades no controle social no âmbito local, distrital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

Dentre os 14 problemas estruturais da APS apontados por Mendes (9) que confluem para determinar uma baixa valorização sanitária, social e política, percebe-se que apenas o financiamento reduzido persiste em Curitiba. Apesar dos investimentos que estão na ordem de aplicação de 17% do Orçamento

Municipal em 2011, seriam ainda necessários aportes significativos por parte dos entes estadual e federal, mediante o compromisso tripartite assumido na gestão do SUS.

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





# A criação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Curitiba

**Raquel Ferraro Cubas**

**Antonio Dercy Silveira Filho**

Apresentar o Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas da Secretaria Municipal de Curitiba é um privilégio: sua estruturação, seu conceito, planejamento, trajetória e toda a construção desse processo tem sido uma experiência inovadora. Pensar novas formas de atenção às condições crônicas tornou-se um exercício diário para um grupo de profissionais que querem entender o que fazem e por que fazem, e aceitaram o desafio de propor com ousadia a melhoria do cuidado das condições crônicas no município.

Mudanças no perfil demográfico, com o envelhecimento da população, associadas à progressiva ascensão da morbimortalidade por condições crônicas – doenças crônicas, agravos ou condições de longo transcurso, de longa duração (9), vêm caracterizando esses agravos como problema de saúde pública mundial.

Diante da transformação populacional, com o aumento da expectativa de vida aliada ao crescimento da população idosa; a tripla carga de doenças, com predomínio das doenças não transmissíveis nos indicadores de mortalidade e internações; as mudanças no estilo de vida dos cidadãos curitibanos, com os determinantes proximais do processo saúde-doença, com alteração nos padrões alimentares e a exposição aos fatores comuns de risco aumentando; as condições crônicas passaram a ter outro peso na determinação das políticas municipais de saúde. Além disso, esse contexto aponta para a necessidade de se avaliar seu impacto na qualidade de vida e na produção de incapacidades de seus munícipes.

Curitiba, uma grande e densa capital brasileira, agrega indicadores sociais e de saúde muito semelhantes à maioria das grandes cidades do mundo. Seus problemas de saúde, que exigem atenção e estratégias de enfrentamento, são das mais diversas ordens. Uma tripla carga de doenças acomete sua população, tipicamente espelhando a realidade brasileira. Nesse contexto, as condições

crônicas em saúde passam a ter significativo peso epidemiológico e comprometimentos sobre os diferentes estratos sociais.

Entretanto, “são traços marcantes da gestão da saúde em Curitiba a ousadia de enfrentar problemas criando novas respostas, o investimento contínuo, reforçando caminhos considerados pertinentes, e a coragem de rever-se, repensando os possíveis erros de trajetória” (4).

A preocupação em promover respostas adequadas às demandas sociais da saúde sempre fora um movimento propulsor da gestão municipal de Curitiba. Isso porque a gestão compreende a saúde como resultante do processo social histórico que está em permanente transformação e, em virtude desse fato, considera que nunca uma política estará em si finalizada. Deve-se sempre considerar em seu escopo, quando de sua formulação, o acompanhamento das transformações socioculturais, a incorporação das novas tecnologias e terapêuticas para o cuidado em saúde, bem como a percepção da dinâmica dos processos no desenvolvimento das ações propostas pelos programas e políticas.

Alguns aspectos podem não ser determinantes dos problemas percebidos num dado momento, mas, em virtude da intervenção efetivada ou mesmo da transformação social ocorrida, podem ser cruciais ao enfrentamento estratégico em outros momentos. Pode ser que aspectos que até então não tinham a visibilidade de enfrentamento estratégico passam a assumir uma posição estratégica fundamental quando algumas dimensões associadas aos problemas de saúde são sanadas ou transformadas. Um exemplo disso foi a proposição do “pai presente no pré-natal”, como uma medida de impacto sobre indicadores de saúde materno-infantil, como sífilis congênita e transmissão vertical do HIV/Aids, após 10 anos de implantação do programa Mãe Curitibana.

Para responder a essas novas demandas ligadas ao perfil das condições crônicas, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba iniciou, em 2010, uma grande discussão com vistas à reflexão sobre o processo de trabalho atualmente desenvolvido nos serviços de saúde e a busca de novas alternativas na atenção às condições crônicas no município. Para tanto, contou com a consultoria do

Dr. Eugênio Vilaça Mendes para a implantação de um Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. O Dr. Eugênio Vilaça Mendes tem contribuído há vários anos e em diversos momentos na construção do Sistema de Saúde de Curitiba, no momento de municipalização e regionalização da saúde, quando da constituição dos territórios adstritos das Unidades Básicas de Saúde e dos Distritos Sanitários, e mais recentemente, na implantação das novas abordagens de cuidado com base na classificação da demanda a partir das Condições Agudas e Condições Crônicas em Saúde (13). Seu apoio foi essencial desde os primeiros movimentos para o alinhamento conceitual a respeito da tipologia de condição aguda e crônica proposta para classificação da demanda, na discussão sobre o papel e desempenho das equipes de Atenção Primária à Saúde no enfrentamento dessa nova realidade conjuntural dentro de uma abordagem sistêmica e integral desses problemas, bem como no alinhamento ao marco teórico das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Envolvidos nesse processo, com uma postura crítica, importantes atores da gestão municipal passaram a analisar e promover discussões acerca das tecnologias de cuidado até então empregadas para a produção do cuidado em saúde, com destaque para temas como rotinas dos serviços de saúde, fluxos administrativos internos e externos de acesso e garantia da integralidade, qualidade da atenção prestada, individual e coletivamente, bem como a análise dos resultados factíveis e percebíveis no emprego dessas tecnologias de cuidado.

Tornou-se clara a necessidade de revisão dos modelos de práticas de cuidado individual e coletivo, bem como de educação em saúde. Evidenciou-se, por exemplo, que algumas equipes têm buscado desenvolver novas tecnologias de abordagem junto aos usuários, seja em grupo ou individual. No entanto, a abordagem que ainda prevalece é aquela que reproduz paradigmas instituídos a partir do modelo biomédico. Encontros entre profissionais de saúde e usuários ainda estabelecem uma relação pouco dialética e desigual na distribuição dos poderes, fato que imprime uma comunicação unilateral, onde os profissionais assumem o papel de emissores de conteúdos e regras de conduta, e os usuários são meros depositários desses conteúdos, tomados como seres acrílicos, não percebidos em suas singularidades. Reconhecia-se naquele momento, portanto,

o esgotamento das tecnologias de abordagem de grupos e a limitada efetividade das “palestras”, bem como se salientava que as teorias com enfoque motivacional para mudanças de comportamentos eram já conhecidas por um significativo contingente de profissionais da SMS-Curitiba, que passaram por processos anteriores de educação continuada sobre o tema e vinham consolidando ações com esse enfoque em estratégias como o controle do tabagismo.

Concomitantemente a esse processo, ocorria a implantação da Classificação de Risco com base no Protocolo de Manchester, como uma medida para qualificação e garantia do acesso com base nos princípios da humanização e do acolhimento em todas as unidades de saúde passíveis de se constituírem como portas de entrada para as condições agudas – Unidades Básicas de Saúde, Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUMS) e Pronto-Atendimento Hospitalar.

Assim, a análise crítica de limitações e potencialidades para a introdução de inovações na atenção às condições crônicas reforçava a oportunidade para a criação de um Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) na Atenção Primária à Saúde em Curitiba. Duas etapas caracterizaram o início dos movimentos para constituição do LIACC: a primeira etapa, de concepção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, e uma segunda, de implantação do modelo desenvolvido em unidades-piloto.

Em junho de 2010, na primeira reunião do grupo condutor com o Dr. Eugênio Vilaça Mendes, foi feita a apresentação e discussão do modelo de atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde e a proposta do LIACC. A apresentação e discussão do novo modelo incluíram aspectos conceituais sobre condições crônicas de saúde, Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como modelos de atenção à saúde com foco em um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS.

O grupo condutor do processo de implantação do Laboratório, formado por dez gestores, incluiu em sua composição diretores, superintendente e coordenadores de programas de atenção à saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Esse grupo definiu como condições crônicas a serem trabalhadas, a

partir dos indicadores epidemiológicos e das necessidades sentidas na atenção à saúde, a Hipertensão, a Diabetes e a Depressão.

Salienta-se que, para qualificar a Atenção Primária em Saúde e padronizar o processo de trabalho, há anos a Secretaria Municipal da Saúde estabeleceu como estratégia de gestão a utilização de protocolos clínicos, validados pelas sociedades científicas, órgãos de classe e universidades. Em relação especificamente às condições crônicas selecionadas, a Secretaria lançou em novembro de 2010, a “Diretriz de Atenção à Pessoa com Diabetes Mellito Tipo 2” (14), e estão em revisão, o “Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica” (15) e “Protocolo Integrado: Saúde Mental em Curitiba” (16). Esses instrumentos de normatização da atenção à saúde são fundamentais na implantação do LIACC, pois garantem os fluxos de acesso, administrativos e gerenciais, proporcionando a organização dos processos de trabalho que se deseja implantar ou potencializar.

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

No mês de julho de 2010, houve o primeiro encontro dos participantes dos grupos com o consultor, onde foi apresentada a proposta e as pessoas tiveram a oportunidade de se conhecer.

No mês de agosto de 2010, foi realizada a Oficina “Alinhamento Conceitual”, com o objetivo de aproximar os participantes em relação aos conceitos fundamentais do modelo de atenção às condições crônicas e sua aplicação na

atenção primária à saúde. Foram dois dias de trabalho com todos os participantes dos grupos e mais alguns representantes dos Distritos Sanitários. Na oficina, conduzida pelo consultor, foram utilizados estudos de caso, exposições dialogadas e discussões em grupo, com os seguintes objetivos: 1) compreender o que é condição de saúde e diferenciar condição aguda, condição crônica e evento agudo; 2) compreender as relações entre as condições agudas e crônicas e os sistemas de atenção à saúde; 3) conhecer os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde; 4) conhecer os componentes da estrutura operacional das redes de atenção à saúde; 5) compreender o que é modelo de atenção à saúde; 6) compreender o Modelo de Atenção Crônica e os modelos dele derivados, na experiência internacional; 7) descrever o Modelo de Atenção Crônica e discutir sua aplicabilidade nos programas de atenção às condições crônicas específicas; 8) avaliar o programa de atenção à condição crônica específica com base no Modelo de Atenção Crônica; 9) compreender o Modelo da Determinação Social da Saúde; 10) compreender a Pirâmide de risco da Kaiser Permanente; 11) compreender o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS e as razões para sua proposição; 12) descrever o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS; 13) compreender as intervenções de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde; e, 14) compreender as intervenções em relação às condições de saúde estabelecidas: a gestão da clínica e as tecnologias de gestão de condição de saúde e de gestão de caso.

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

A partir dessa oficina, os grupos passaram a se reunir para o desenvolvimento das propostas de intervenção, a partir de referências bibliográficas e dos conhecimentos prévios dos profissionais, considerando a realidade do município. Os grupos avançaram de maneira diferenciada, seja em virtude da disponibilidade

de tempo dos participantes para as reuniões ou pela complexidade do tema abordado pelo grupo.

Foram definidos os critérios para a seleção das Unidades Básicas de Saúde onde seria implantado o Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas, e concomitantemente foi sendo discutido e estruturado um modelo de pesquisa avaliativa que pudesse elucidar criticamente, após um determinado período, os processos e resultados na implantação desse novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Toda a proposta de organização da atenção às condições crônicas no LIACC se estrutura a partir da estratificação de risco, identificando aqueles usuários e famílias mais dependentes de um acompanhamento contínuo. Em Curitiba, as equipes das UBS já trabalham com a estratificação de risco na organização da oferta da atenção à saúde ao cuidado das condições crônicas, havendo concentração do cuidado profissional individual aos pacientes de alto risco. O LIACC essencialmente propõe a reorganização do atendimento, inovando nos manejos dessas condições crônicas como principal estratégia de mudança. Para tal, estão sendo elaboradas novas tecnologias de cuidado, de educação em saúde e a revisão de diretrizes clínicas.

Salienta-se que, apesar de muitas estratégias já terem sido adotadas pelas UBS incluídas no LIACC, o modelo ainda está em construção. Seu caráter processual de implantação, contextualizado na realidade, é também uma das características fundamentais das estratégias de intervenção adotadas pela gestão municipal de Curitiba. Essa característica exige das equipes gestoras e de condução das políticas de saúde um olhar crítico aguçado, construído a partir de permanente vigilância, para que seja efetivada recondução estratégica sempre que necessário, sobre todas as práticas de saúde propostas e implementadas. Atualizações constantes, novas formulações e ações a serem implantadas periodicamente são traços desse movimento.

Para o desenvolvimento do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas, em março de 2011, foram definidas as UBS dos Distritos Sanitários CIC

e Boqueirão que participariam diretamente das atividades propostas. Os critérios considerados para escolha das UBS incluíram: ser UBS com Equipe Saúde da Família (ESF); o número de Equipes Saúde da Família por UBS; número de UBS cobertas pelos Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde (NAAPS), sendo proposta que cada NAAPS fosse referência para o apoio matricial de três UBS; a população da área de abrangência de cada UBS e dos NAAPS; a população cadastrada nas UBS; o número de usuários e domicílios nos territórios adstritos; o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por ESF; e o perfil da comunidade assistida.

Considerando a complexidade das intervenções, antes mesmo de implantar o LIACC nas UBS selecionadas, optou-se por fazer uma experiência-piloto em outra UBS localizada em outro Distrito Sanitário. A UBS selecionada, com base nos mesmos critérios de inclusão citados anteriormente, foi a UBS Alvorada do DS Cajuru.

A UBS Alvorada estrutura-se a partir do trabalho de três Equipes Saúde da Família (ESF), três Equipes de Saúde Bucal (ESB), oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma equipe do Núcleo de Apoio em Atenção Primária em Saúde (NAAPS), sendo 90% da população de sua área de abrangência SUS dependente.

Com base nos relatórios extraídos a partir dos Prontuários Eletrônicos em dezembro de 2011, a UBS Alvorada tinha 684 (seiscentos e oitenta e quatro) inscritos no Programa de Hipertensos, 243 (duzentos e quarenta e três) inscritos no Programa de Diabéticos e 133 (cento e trinta e três) inscritos no Programa de Saúde Mental – transtornos de humor/depressão.

A partir dos parâmetros de cobertura de programas propostos pelos protocolos dos Programas de Hipertensos, de Diabéticos e de Saúde Mental – ou seja, 22% da população acima de 30 anos SUS dependente para hipertensão arterial sistêmica; 11% acima de 40 anos SUS dependente para a diabetes melito; 12% da população total SUS dependente para a depressão -, as coberturas dos Programas de Hipertensão, Diabetes e Depressão da UBS Alvorada, em dezembro de 2011, estavam em 84%, 48% e 13%, respectivamente.

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

Após experimentação na unidade-piloto, o LIACC passou a ser desenvolvido em outras seis UBS experimentais também organizadas a partir da estratégia Saúde da Família, três em cada Distrito Sanitário, tendo uma UBS como controle para cada uma delas, ambas escolhidas por sorteio, conforme proposto pelo desenho da pesquisa avaliativa.

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

Com a proposta do LIACC aprovada pelo Conselho Gerencial da Secretaria Municipal da Saúde em abril de 2011, um diagnóstico inicial foi feito pelo grupo de coordenadores do Centro de Informação em Saúde, a diretora e o consultor, Dr. Eugênio, nas 12 UBS envolvidas, com o objetivo de compreender como as mesmas estavam organizando a atenção às condições crônicas, especialmente no atendimento em grupo e autocuidado apoiado, considerando as características

locais da comunidade, perfil das equipes locais, espaço físico disponível nas UBS, os recursos comunitários, entre outros.

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

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

Dessa maneira, mais uma vez Curitiba pretende contribuir para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, com a certeza de que, no futuro, essas tecnologias de cuidado às condições crônicas também possam ser aplicadas nas diferentes realidades e servir à melhoria da atenção à saúde dos brasileiros.

Os resultados do LIACC ainda não podem ser avaliados em indicadores de saúde. No entanto, o entusiasmo, o engajamento e o compromisso de todos com o fortalecimento das relações, tão importante para o sucesso de um trabalho, isto sim pode ser medido: no espírito de grupo que se criou, na habilidade em reconhecer os erros e aprender com eles, no desejo de imprimir uma nova forma de atenção às condições crônicas e efetivamente acreditar que é possível provocar mudanças.



# Desenho da Pesquisa Avaliativa e Seleção da UBS Alvorada

*Simone Tetu Moysés*

*Cleide Oliveira*

O Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária em Saúde foi proposto em Curitiba com o objetivo de responder aos desafios impostos pela gestão e qualificação da atenção a populações adstritas na Rede de Atenção à Saúde do município (RAS).

Avaliar a efetividade do processo de implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto pelo Laboratório, seu impacto sobre o processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) e sobre o perfil das condições crônicas de usuários foi considerado estratégico para apoiar a tomada de decisão no âmbito da gestão local.

Esse capítulo descreve o desenho da pesquisa avaliativa proposto para avaliar a implantação do MACC, em especial o estudo de caso em desenvolvimento na UBS Alvorada.



Foto 5 Fachada da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

## A pesquisa avaliativa

A avaliação de práticas ou intervenções no campo da saúde tem como principal objetivo apoiar a tomada de decisão (17). Avaliar, portanto, implica a valoração de práticas e disponibilização de conhecimentos construídos a partir da análise de seu processo de desenvolvimento e resultados que suportem as decisões sobre sua continuidade, ampliação, correção ou mesmo suspensão.

O desenho de uma pesquisa avaliativa deve estar intimamente ligado a seus objetivos. Assim, avaliar a efetividade da implementação do novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas deve permitir a construção de conhecimentos que apoiem as mudanças a serem implementadas no cotidiano dos serviços. Para isso, é essencial reconhecer a complexidade dessa estratégia no contexto da APS e utilizar abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas,

combinando estratégias e técnicas, garantindo precisão e validade dos resultados, bem como favorecendo a articulação de tempos técnicos e políticos (18).

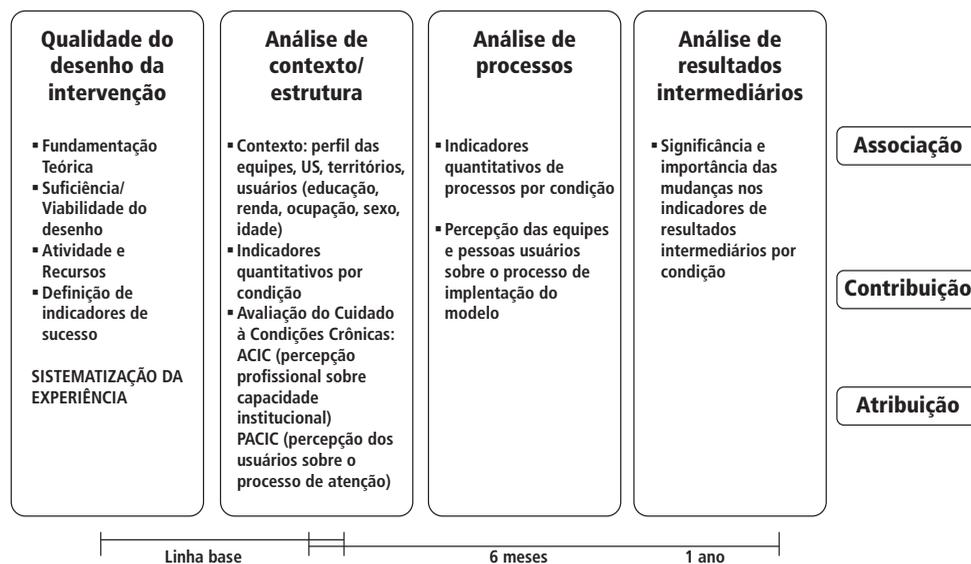
Intervenções em saúde, como a implantação de inovações na atenção às condições crônicas, são ações complexas que envolvem gestores, técnicos e usuários dos serviços, atuando em várias frentes no campo da gestão, da capacitação, das mudanças de comportamentos, muitas vezes envolvendo confronto de poderes, expectativas e capacidades para atuar. Sua complexidade, portanto, exige que a abordagem metodológica a ser utilizada permita avaliar não somente se a intervenção alcançou seus objetivos em termos de resultados e impacto, mas também compreender o que fundamenta as ações e os mecanismos vinculados ao processo político e social que vem ocorrendo nos territórios de atuação das equipes que fazem com que a intervenção funcione ou não (19).

Um modelo de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas não Transmissíveis empregado na América Latina (20) é utilizado como referência nessa pesquisa avaliativa. Ele parte do pressuposto que é preciso empregar metodologias de avaliação adequadas para a análise dos processos e dos contextos locais de formulação e implementação de práticas complexas em saúde (21). Para tanto, o processo de integração de técnicas avaliativas conhecido como triangulação (22) de diferentes fontes de informação, de pesquisadores e de métodos de coleta de dados, além da utilização de abordagens quantitativas e qualitativas/narrativas, é utilizado para favorecer o melhor entendimento sobre o impacto da intervenção no contexto real da APS desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde.

O desenho proposto para a pesquisa avaliativa sobre a efetividade da implantação de inovações no modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba compreende duas fases, as quais estão sendo desenvolvidas de forma concomitante: a primeira, composta por um estudo principal caracterizado como um estudo quase-experimental; a segunda, centrada em um estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde selecionada, a UBS Alvorada, a qual é descrita de forma mais detalhada nesse capítulo.

Para o estudo quase-experimental foram selecionadas por critérios de similaridade 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em dois Distritos Sanitários (DS), posteriormente divididas aleatoriamente para comporem o grupo de intervenção (3 em cada DS) e o grupo controle (3 em cada DS). No grupo de intervenção serão desenvolvidas as ações de implantação do novo modelo de atenção às condições crônicas e seus processos e resultados serão comparados com as UBS do grupo controle. Uma matriz de dimensões, variáveis e indicadores a serem avaliados na pesquisa em desenvolvimento em Curitiba é apresentada na Figura 4.

Figura 4. Matriz de avaliação



Baseada na abordagem metodológica proposta por Salazar (18), a matriz inclui as seguintes dimensões: 1. Análise da qualidade do desenho da intervenção, o que inclui a sistematização da experiência com foco na sua fundamentação teórica, suficiência e viabilidade de implementação, descrição de atividades e recursos, além da definição de indicadores de sucesso; 2. Análise de contexto e estrutura, o que permitirá a análise do contexto onde as ações estão sendo implementadas, tanto nos aspectos relativos ao perfil das equipes, populações e territórios, quanto na percepção de profissionais e usuários sobre a capacidade

institucional e o processo de cuidado às condições crônicas; 3. Análise de processos em curso, buscando identificar mudanças em indicadores e no processo de trabalho, bem como na percepção das equipes e usuários sobre as mudanças ao longo do tempo; 4. Análise de resultados intermediários por condição de interesse (HAS, DM2 e Depressão). Com base nessas dimensões, pretende-se construir evidências que permitam identificar a associação, contribuição ou atribuição das mudanças à intervenção.

A segunda fase da pesquisa é caracterizada como um estudo de caso, desenvolvido na UBS Alvorada, selecionada por seu perfil de gestão, das equipes responsáveis pela APS e da população atendida em seu território de atuação. Um estudo de caso é um método de pesquisa que analisa as circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um contexto. Por meio de um estudo de caso é possível explorar em profundidade uma realidade, retrospectivamente e ao longo do tempo, por meio de observação, entrevistas e registros de informação. Essa abordagem metodológica é utilizada com o objetivo de explorar o que acontece em um caso para compreender situações mais amplas, embora os resultados desse estudo não sejam generalizáveis (23).

O objetivo do desenvolvimento do estudo de caso na UBS Alvorada é conduzir uma análise em profundidade do processo de implantação da experiência em Curitiba, além de oportunizar um espaço para teste de estratégias inovadoras antes de sua incorporação por outras equipes que participam da pesquisa.

A realização do estudo de caso pretende identificar e revelar processos e resultados não lineares ou predeterminados durante a implantação das mudanças, gerando conhecimentos sobre intervenções no contexto complexo que contempla a integração de serviços e o envolvimento ativo das equipes e usuários nessa UBS.

Analisar as dinâmicas locais e institucionais na UBS Alvorada caracteriza assim a opção por uma abordagem avaliativa com enfoque na complexidade e na colaboração. Gerar informações com significado para os diferentes sujeitos envolvidos no processo é o eixo condutor da avaliação nesse estudo de caso. Por isso, a incorporação de diferentes estratégias para a coleta de informações

com diferentes grupos envolvidos (gestor local, equipes e usuários) e oportunizar a sistematização dos resultados com a participação desses grupos fazem parte do processo avaliativo.

Por meio de entrevistas, grupos focais e observação participante, uma análise aprofundada do contexto, de processos, interações, mobilização e participação tem oportunizado o aprendizado e apoiado a tomada de decisão sobre as ações estratégicas de implantação do modelo de atenção. Além disso, a abordagem quantitativa utilizada no estudo principal que caracteriza a primeira fase da pesquisa avaliativa também está sendo utilizada no estudo de caso para caracterizar o perfil de mudanças nas dimensões avaliadas.

A avaliação nesse estudo de caso deve ser capaz de captar sinais e padrões nessa realidade para permitir a compreensão dos processos, resultados e problemas enfrentados para apoiar a incorporação de mudanças nas demais unidades da Rede de Atenção à Saúde de Curitiba.

## **A seleção da Unidade Básica de Saúde Alvorada**

A equipe de trabalhadores do Distrito Sanitário Cajuru sempre foi muito interessada em “novas ideias”, “novas propostas de trabalho”. Os gestores das unidades de saúde desse Distrito, juntamente com a supervisão e coordenações, sempre procuraram inovar e estudar propostas de como organizar o processo de trabalho dentro das UBS, buscando um atendimento ágil e resolutivo para a população atendida. Da mesma forma, o modelo assistencial sempre foi tema de reuniões e treinamentos.

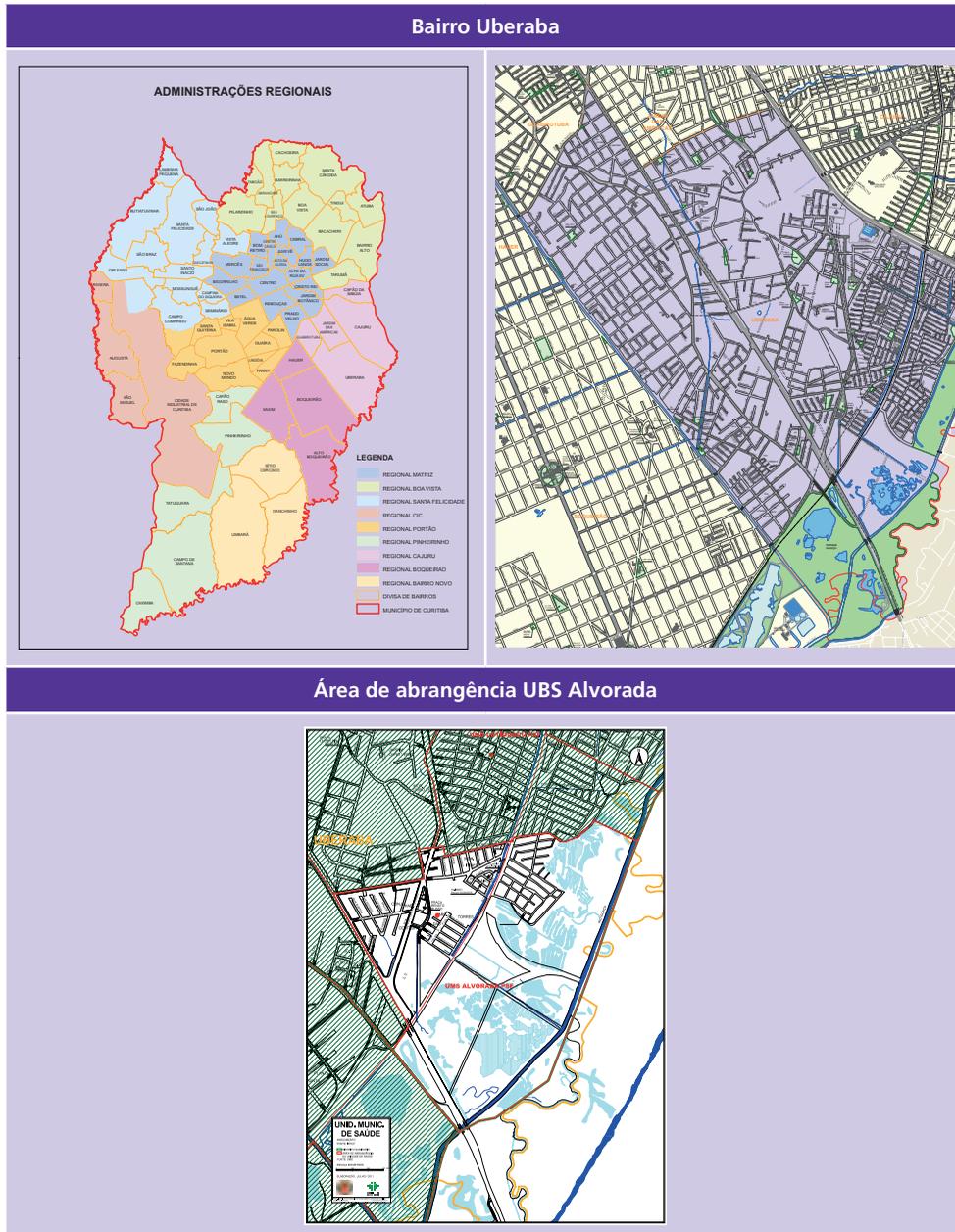
Toda a discussão do processo de implantação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas em Curitiba teve início com a reflexão de que é preciso avançar no modelo assistencial. Dessa forma, era importante pensar em uma nova forma de trabalho da equipe com a comunidade, que juntos teriam que se apoderar de novos conceitos e informações e planejar ações que fossem efetivas para a situação apresentada. Portanto, o local escolhido para a

implantação de um projeto-piloto que oportunizasse a realização de um estudo de caso deveria ter algumas características importantes, como ter uma equipe sensibilizada e aberta a novos desafios, território adstrito totalmente coberto pela Estratégia de Saúde da Família e uma Autoridade Sanitária Local (ASL) interessada em coordenar um trabalho inovador. Além disso, essa equipe deveria ter com a comunidade um vínculo estreito, de tal forma que um plano de autocuidado pudesse ser pactuado com o usuário e que esse se sentisse apoiado e motivado a executar esse plano. A escolha recaiu sobre a UBS Alvorada, que possui três equipes de saúde da família, sendo duas delas com saúde bucal, apoiadas por oito Agentes Comunitários de Saúde.

A UBS Alvorada está localizada no Bairro Uberaba, e faz parte do Distrito Sanitário Cajuru (Figura 5). De acordo com o último censo, 2010, essa Unidade Básica de Saúde possui dentro dos limites de sua área de abrangência 9.484 habitantes, sendo que 90% dos mesmos são SUS dependentes. Do total da população coberta, 43,6% têm mais de 30 anos e 27,1% mais de 40 anos, idades consideradas como referência de corte para população mais vulnerável começar a desenvolver condições crônicas em saúde.

A população é composta basicamente de famílias de baixa renda, com baixa escolaridade, sem emprego fixo, com carências multifatoriais e de alta complexidade, dependendo de modo muito acentuado do setor saúde para acessar ações de promoção e proteção à saúde, assim como ações de intervenção clínica. Em vista disso, a UBS Alvorada busca trabalhar com famílias de risco, por meio de equipes multidisciplinares ou multiprofissionais, num enfoque epidemiológico do processo saúde-doença, de forma humanizada e com controle social efetivo.

Figura 5 Localização geográfica do Bairro e limites da área de abrangência da UBS Alvorada



O perfil da população adstrita à UBS Alvorada, por condição crônica selecionada como foco das mudanças propostas no modelo de atenção (Diabete, Hipertensão, Depressão), na série histórica para os anos 2009, 2010 e 2011 é apresentado nos quadros abaixo.

DIABETE	2009 n	2010* n	2011* n
População > 40 anos	1454	2577	2577
População-alvo (22% da população > 40 anos)	320	566	566
População-alvo (22% da população > 40 anos SUS)	288	509	509
Número de inscritos no Programa	152	257	298
Cobertura SUS	53%	50%	58%
Classificação	n (%)	n (%)	n (%)
Tipo I Juvenil	11 (7,2)	15 (5,8)	8 (2,6)
Tipo II com insulina	36 (23,6)	53 (20,6)	34 (11,4)
Tipo II sem insulina	91 (59,8)	164 (63,8)	123 (41,2)
Intolerância à glicose	14 (9,2)	25 (9,7)	24 (8,0)
Total	152	257	
2011-Nova classificação de DM2			n (%)
Pré-diabete (Intolerância a sobrecarga de glicose+ glicemia de jejum alterada)			16 (5,3)
Tipo 1			3 (1,0)
Tipo 2			90 (30,2)
Total			298
Estratificação de Risco DM Tipo2 (2011)			n (%)
Risco baixo			
Risco médio			64 (71,1)
Risco alto			21 (23,3)
Risco muito alto			5 (5,5)
Total			90**

\*População com base no Censo 2010, IBGE.

\*\* Informação disponível após migração dos dados para o novo sistema de informação (e-saude).

<b>HIPERTENSÃO</b>	<b>2009 n</b>	<b>2010* n</b>	<b>2011* n</b>
População > 30 anos	2737	4139	4139
População-alvo (22% da população > 30 anos)	602	910	910
População-alvo (22% da população > 30 anos SUS)	542	819	819
Número de inscritos no Programa	632	853	926
Cobertura SUS	117%	104%	113%
Estratificação de Risco	n (%)	n (%)	n (%)
Risco baixo	249 (39,3)	304 (35,7)	282 (30,5)
Risco médio	199 (31,4)	290 (34,1)	331 (35,8)
Risco alto	115 (18,1)	172 (20,2)	211 (22,8)
Risco muito alto	69 (10,9)	82 (9,7)	100 (10,8)
Total	632	853	926

\*População com base no Censo 2010, IBGE.

<b>DEPRESSÃO</b>	<b>2009* n</b>	<b>2010* n</b>	<b>2011* n</b>
População total	7354	9484	9484
População-alvo para transtornos mentais (geral) (12% da população)	882	1138	1138
População-alvo para transtornos mentais (12% da população SUS – 90%)	793	1024	1024
Número de inscritos no Programa – Transtornos de humor/depressão	236	301	291
Cobertura SUS	29%	29%	28%

\* Estimativa populacional

\*\*População com base no Censo 2010, IBGE.

Com base nesse perfil da população, a implantação de inovações na atenção a essas condições crônicas pareceu uma oportunidade importante para a qualificação da atenção. A Autoridade Sanitária Local se mostrou bastante interessada na proposta de trabalho do LIACC e levou a ideia para sua equipe, que conheceu a metodologia e a lógica de compartilhar a responsabilidade com o

principal interessado, o usuário, e prontamente concordou em participar. Essa equipe sempre demonstrou bastante criatividade no enfrentamento dos desafios do dia a dia e, desde a implantação da UBS em 2007, vem trabalhando dentro dos princípios da estratégia Saúde da Família de forma bastante organizada.

Essa UBS recebe apoio do Núcleo de Apoio à Atenção Primária a Saúde – NAAPS 3 do Distrito Cajuru. Esse grupo de profissionais é muito presente e tem como característica peculiar o interesse em trabalhar junto com a equipe local, subsidiando a mesma com treinamentos, informações especializadas, discussão de casos, enfim, apoiando a mesma no seu dia a dia.

Essa mistura equilibrada de organização, disposição e disponibilidade, entusiasmo e autocrítica, fez acreditar que a UBS Alvorada desempenharia bem o seu papel como piloto do Laboratório de Inovações, experimentando diversas abordagens, contribuindo com sugestões e melhorando como equipe, aprendendo com os usuários a lidar com as frustrações e a celebrar as pequenas e grandes vitórias.





# A seleção de indicadores para avaliação

**Simone Tetu Moysés**

**Nilza Teresinha Faoro**

**Karin Regina Luhm**

Esse capítulo relata o processo metodológico de definição e escolhas de indicadores de linha de base para a avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba e sua adequação ao estudo de caso na UBS Alvorada. Ao final do capítulo é apresentado o quadro de indicadores que estão sendo utilizados para avaliar a implantação do modelo.

## Como medir o que se quer avaliar?

A avaliação de uma estratégia em saúde, como a implantação de um modelo de atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde, pressupõe a definição clara do que se quer avaliar, quais as dimensões a serem avaliadas e como mensurá-las. Esse é o momento de concretizar o desenho de uma avaliação. Nesse contexto, avaliar implica a análise de mudanças provocadas pelas intervenções não apenas em *resultados* em saúde, mas na apropriação, viabilidade e sustentabilidade do *processo* político que produz mudanças, bem como na *capacidade coletiva*, institucional, das equipes e da população local, para intervir (21). É preciso, portanto, identificar a informação necessária e definir como se pode medir ou fornecer dados para mensurar resultados e processos. Criar indicadores para avaliação pode ser um recurso metodológico para analisar a evolução do que está sendo observado.

## O que são indicadores?

Indicadores são os critérios que permitem valorar a mudança produzida como consequência da intervenção que está sendo avaliada (19). Um indicador é,

portanto, “uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, com significado particular, e utilizada para organizar e captar as informações relevantes sobre o objeto da observação” (24). Um indicador adequado deve especificar a *qualidade* ou *quantidade* de mudança esperada, a *medida* utilizada e para *quando* se espera que seja alcançado (25).

### Construindo indicadores para avaliação

Durante o processo participativo de construção das ações para implantação do modelo de atenção às condições crônicas, o grupo condutor da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba envolvido na experiência do Laboratório de Inovações abordou a definição de indicadores para avaliação. Os passos seguidos nesse processo podem ser sintetizados pelo diagrama apresentado a seguir.

**Figura 6** Processo de definição de indicadores para avaliação.



## Passo 1. Definição do que se quer avaliar e medir

O primeiro passo foi a definição pelo grupo que o foco central da avaliação, ou seja, o que se quer medir, são as *mudanças* provocadas pela implantação das abordagens inovadoras na atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde em Curitiba.

Para avaliar mudanças, portanto, seria necessário considerar como linha de base a realidade do perfil da população atendida, dos processos de atenção à saúde desenvolvidos pelas equipes locais, incluindo o reconhecimento das diretrizes propostas nos protocolos de atenção, bem como representações sociais e papéis de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Considerando a priorização de implantação de inovações centradas na atenção ao diabetes, hipertensão e depressão, bem como o desenho da pesquisa avaliativa e, em especial a abordagem do estudo de caso na UBS Alvorada, era preciso definir quais as mudanças esperadas, quanto e como essas mudanças seriam medidas e quando se espera alcançá-las.

### Mudanças esperadas

As mudanças esperadas pelo grupo condutor compreendem aspectos ligados a resultados, processos e percepções locais em cinco dimensões vinculadas às principais ações propostas na implantação no novo modelo de atenção:

1. Mudanças no perfil de risco às condições crônicas priorizadas.
2. Mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção primária, com ampliação da capacidade de diagnóstico de risco das populações, reforço à integração multidisciplinar e desenvolvimento de estratégias de suporte para controle de fatores de risco e autocuidado apoiado.

3. Ampliação das ações sobre fatores de risco às condições crônicas priorizadas e de seus registros pelas equipes (tabagismo, depressão, alimentação, atividade física).
4. Mudanças na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas.
5. Mudanças na percepção dos usuários sobre o processo de atenção.

Definido o que se quer avaliar, partiu-se para o passo 2.

## **Passo 2. Seleção de indicadores específicos**

A escolha apropriada de indicadores deve basear-se em critérios como sua associação conceitual com aquilo que será medido, possibilidade de observação no tempo, sua capacidade de ser medido, sua confiabilidade, simplicidade e compreensão por parte de todos os envolvidos na avaliação (27).

Um aspecto importante a ser considerado seria o tempo necessário para observação de mudanças nesses resultados em saúde. Condições crônicas estão vinculadas a determinantes sociais, ambientais, comportamentais e biológicos, os quais somente podem ser modificados em longo prazo. Assim, por exemplo, utilizar como indicador de mudanças em resultados de saúde a *redução de 30% nos casos de diabetes na população atendida no território de atuação de equipes de atenção primária em saúde, no prazo de um ano*, que é o tempo previsto para a avaliação da implantação do modelo, certamente seria inadequado, pois mudanças observáveis no perfil de ocorrência da doença somente ocorreriam em longo prazo. Indicadores de resultados intermediários, tais como mudanças no perfil de risco e na gravidade dos casos de diabetes, podem ser mais adequados para medir mudanças nesse período de tempo. É importante ser realista com a quantidade de mudanças que se espera alcançar em um tempo determinado, como um ano. Assim, a identificação de indicadores que pudessem contemplar a valoração de mudanças em resultados de saúde ligados a diabete, hipertensão

e depressão no tempo previsto para a avaliação foi conduzida pela busca de referenciais com base na literatura disponível, nos protocolos de atenção utilizados baseados em evidências, na disponibilidade de informações no sistema de informação institucional *e-saude*, no conhecimento de gestores dos programas e do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde.

Com base nesses aspectos, e a partir de uma longa lista inicial de indicadores, construída pelo grupo, que pudesse contemplar a observação de mudanças nas dimensões previamente definidas que seriam avaliadas, foi necessário um processo rigoroso de análise sobre a adequação de cada indicador. Além de sua caracterização como indicadores de resultados intermediários, de processos e de percepções coletivas sobre a atenção às condições crônicas, a adequação dos indicadores deve estar correlacionada a cada uma das três condições priorizadas sobre a disponibilidade de informações e confiabilidade dos registros. Os indicadores para avaliar mudanças na percepção dos profissionais sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas e as mudanças na percepção dos usuários sobre o processo de atenção foram definidos com base na seleção de instrumentos que serão utilizados para medir essas dimensões junto aos profissionais das equipes e usuários na UBS Alvorada. Esses instrumentos, propostos inicialmente pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (28), foram validados para o português e variações nos valores obtidos serão utilizadas como indicadores de mudanças nessas dimensões avaliadas.

### **Passo 3. Diagnosticar fontes de informação**

O Sistema de Informação em Saúde de Curitiba, implantado no final da década de 1990, caracteriza-se como uma importante ferramenta de gestão por meio da sistematização e socialização de informações na Rede de Atenção à Saúde. Em consonância com o Pacto pela Saúde, focalizado no processo de qualificação do SUS (29), o planejamento, o monitoramento e a avaliação configuram-se como processo estratégico para a gestão do SUS em Curitiba.

Em 2002, a Secretaria Municipal da Saúde instituiu o Contrato de Gestão na Atenção Primária à Saúde, com base em dois instrumentos – o Termo de Compromisso (TERCOM) e o Plano Operativo Anual (POA). O Contrato de Gestão é firmado anualmente entre as equipes de saúde e o gestor distrital e municipal, configurando as pactuações de responsabilidades entre as partes envolvidas. A pactuação das metas com as equipes locais leva em conta os recursos disponíveis, a capacidade operacional, as séries históricas e a conformidade com as características da população residente no território, considerando a população usuária do SUS de sua área de abrangência. Proporciona aprendizagem das equipes quanto ao manejo clínico e de informações em saúde, estratificação de riscos, seguimentos de protocolos e conhecimento de perfis epidemiológicos locais, criando uma cultura de análise das condições de saúde de sua população. Fazem parte do POA 81 indicadores contemplando os programas de saúde mental, hipertensão, diabetes, entre outros. Monitorado trimestralmente, tais indicadores permitem às equipes avaliar os resultados, redirecionar o processo de trabalho a fim de melhorar seu desempenho, renegociar metas, caso seja necessário, e principalmente comemorar os avanços alcançados e metas pactuadas atingidas.

Para o gerenciamento dos indicadores do POA, são utilizados os relatórios gerados no sistema informatizado *e-saude*, possibilitando ao profissional registro dos atendimentos realizados, de forma a permitir o acompanhamento programado a usuários inscritos em programas de acordo com sua classificação de risco. Além disso, esses relatórios permitem elencar as comorbidades preexistentes permitindo o aprazamento de atendimentos e monitoramento da equipe interdisciplinar.

Os relatórios gerenciais estruturados e dinâmicos podem ser acessados na Unidade Básica de Saúde (UBS), Distrito Sanitário (DS) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como relatórios administrativos de produção, acompanhamento dos programas estratégicos e relatórios dos serviços da epidemiologia e vigilância sanitária.

Os relatórios dos Programas de hipertensão e diabetes melito disponibilizam um conjunto de informações sobre o perfil epidemiológico da área de abrangência/

usuário como: endereço, microárea, faixa etária, classificação de risco, data da última consulta e assiduidade do usuário denominado relatório dinâmico.

Os relatórios estruturados apresentam as seguintes informações: total de inscritos nos programas, inscrições no período, concentração de consultas médicas, do enfermeiro e atendimento de enfermagem, número de exames realizados, relatório de atendimento odontológico. Esses relatórios são ferramentas para a equipe acompanhar e monitorar os usuários inscritos nos programas e ampliar a capacidade gerencial do sistema de saúde sob responsabilidade da SMS.

O Sistema Informatizado SMS Curitiba denominado *e-saúde* foi implantado em janeiro de 2012. O sistema está estruturado em três pilares alinhados com o Ministério da Saúde: 1- Cadastro de Usuário; 2- Tabela Unificada de Procedimentos; 3- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, disposto em módulos com recurso tecnológico de informação que possibilita à SMS acompanhar, supervisionar, regular, controlar e auditar os serviços prestados nos estabelecimentos em todos os pontos de atenção à saúde que integram o SUS/Curitiba.

O maior módulo, o Prontuário, tem como principal objetivo o registro dos atendimentos aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde, caracterizadas como porta de entrada para assistência do SUS – Curitiba por meio de procura direta para assistência médica/enfermagem a partir de uma avaliação de risco, consultas pré-agendadas, atendimento programado e assistência odontológica, com a possibilidade de acesso e registro de procedimentos em qualquer ponto de atenção. Está integrado ao Sistema de Gestão Pública (SGP) na assistência farmacêutica, ao sistema do Laboratório Municipal com gestão dos exames laboratoriais e aos demais módulos do sistema onde agregará todas as informações referentes aos atendimentos desses usuários nos diversos pontos de atenção sob gestão municipal, denominados Central de Marcação de Consultas – Central Regulação de Leitões – FAAU Atendimentos de Urgência, Alto Custo Vigilância Epidemiológica.

Apesar dos avanços e implantação de um novo sistema há necessidade de desenvolver funcionalidades para registro de atendimento dos usuários inscritos em programas, criando campos que permitam os registros de informações

específicas para avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba. Há necessidade de cruzar informações de atendimento realizado ao usuário frente ao tabagismo, plano de autocuidado apoiado, atividades de educação em saúde, depressão – PHQ9, bem como o desenvolvimento desses relatórios substituindo os registros manuais implantados atualmente nas UBS que fazem parte da pesquisa.

Assim, a definição de fontes de informação para construção dos indicadores selecionados para avaliação de mudanças provocadas pela implantação de inovações na atenção às condições crônicas foi baseada na acessibilidade a essas informações, quer seja por meio de registros e relatórios disponibilizados pelo *e-saude*, quer seja pelos registros manuais do processo de atenção feitos pelas equipes SF da UBS envolvida nesse estudo de caso.

#### **Passo 4. Organizar os indicadores para coleta e análise**

Com base na disponibilidade e viabilidade de informações, um quadro de indicadores organizados para cada condição priorizada, incluindo as dimensões, resultados intermediários e de processos, fonte e periodicidade de coleta de dados foi construído para facilitar a sistematização dos dados e é apresentado a seguir.

A utilização desses indicadores para avaliar as mudanças implementadas com a experiência do Laboratório de Inovações em Curitiba pode apoiar a construção de estratégias e ações na atenção às condições crônicas e dar suporte à tomada de decisão para implantação do novo modelo de atenção nas demais UBS em Curitiba.

DIABETE				
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS
Perfil de risco	Hemoglobina glicada	% de pessoas com resultado $\leq 7$ Média hemoglobina glicada na população vinculada ao programa	e-saude	Linha de base 1 ano
	Pressão arterial	% de pessoas com PA $\leq 130-80$		Linha de base 1 ano
	LDL	% de pessoas com LDL $\leq 100$		Linha de base 1 ano
PROCESSO				
Processo de trabalho Ações sobre fatores de risco	Exame dental (anual)	% de pessoas com exames realizados	e-saude	Linha de base 1 ano
	Exame do pé diabético (anual)	% de pessoas com exames realizados	e-saude registro UBS	1 ano
	Exame oftalmológico (anual)	% pessoas encaminhadas para consulta oftalmológica % de pessoas agendadas para consulta	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano
	Tabagismo	% de fumantes diabéticos que concluíram tratamento intensivo para cessação do tabagismo	registro UBS	Linha de base 1 ano
	Depressão	% de diabéticos cadastrados no Programa de Saúde Mental com depressão % de diabéticos que realizaram PHQ-2 anual	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano
	Excesso de peso	% de diabéticos com excesso de peso (IMC acima de 25) % diabéticos com excesso de peso que participou de 3 ou + encontros do programa de reeducação alimentar (considerar parâmetros de sobre peso por idade)	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano
	Análise albuminúria nos últimos 12 meses	% de diabéticos que realizaram análise de albuminúria nos últimos 12 meses	e-saude	Linha de base 1 ano
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano
	Encaminhamento para serviços especializados de endocrinologia	% de diabéticos de médio risco encaminhados para serviços especializados de endocrinologia conforme critérios definidos pelo Protocolo	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano
	2 exames de hemoglobina glicada/ano	% de diabéticos que realizaram 2 exames de hemoglobina/ano	e-saude	Linha de base 1 ano

HIPERTENSÃO				
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS
Perfil de risco	Pressão arterial	% de pessoas com PA $\leq$ 140-90 (baixo – médio risco)	e-saude	Linha de base
	LDL	% de pessoas com PA $\leq$ 130-80 (alto-muito alto risco)		1 ano
PROCESSO		% de pessoas com LDL $\leq$ 100 (alto-muito alto risco)		Linha de base
		% de pessoas com LDL $\leq$ 130 (baixo – médio risco)		1 ano
Processo de trabalho Ações sobre fatores de risco	Tabagismo	% de fumantes hipertensos encaminhados para abordagem intensiva para cessação do tabagismo	registro UBS	1 ano
	Depressão	% de hipertensos que realizaram PHQ-2 anual	registro UBS	Linha de base 1 ano
	Excesso de peso	% de hipertensos com excesso de peso (IMC acima de 25) % hipertensos com excesso de peso que participou de 3 ou + encontros do programa de reeducação alimentar (considerar parâmetros de sobre peso por idade)	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano
	Prática corporal	% de hipertensos com encaminhamento para prática corporal	registro UBS	1 ano
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano
	Prescrição de Estatina	% de HAS alto e muito alto risco com LDL > 100 sem prescrição de estatina	e-saude registro UBS	Linha base 1 ano

DEPRESSÃO					
DIMENSÃO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	INDICADOR	FONTE	PERIODICIDADE DE COLETA DE DADOS	
Processo de trabalho	Diagnóstico de depressão	% de novos casos de depressão diagnosticados na população de usuários	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano	
	Monitoramento do tratamento	% de usuários com depressão com reavaliação em intervalo entre 6 semanas e até 2 meses do início do tratamento	registro UBS	Linha de base 1 ano	
	Impacto do tratamento	% de usuários com depressão com redução em 50% do escore do PHQ-9	registro UBS	1 ano	
		% de usuários com depressão com PHQ-9 <5 no período de 6 meses			
	PROCESSO				
	Utilização PHQ-9		Número de diagnósticos de depressão feitos com auxílio de PHQ	registro UBS	1 ano
	Registro PHQ-9		% de usuários com depressão com registro de PHQ nos últimos 6 meses após data do diagnóstico	registro UBS	1 ano
	Plano de autocuidado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses		% de pessoas com plano de autocuidado apoiado	registro UBS	1 ano
	Encaminhamentos para Psiquiatria		% de usuários com depressão encaminhados para psiquiatria conforme protocolo clínico	e-saude registro UBS	Linha de base 1 ano



**Foto 6** Controle de peso de usuária do Programa de Hipertensos e Diabetes pela Equipe Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

# Validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC para avaliação da percepção das equipes e das pessoas usuárias sobre a atenção às condições crônicas

**Simone Tetu Moysés**

**Solena Ziemer Kusma**

**Gerson Luiz Schwab**

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adaptado (9) é utilizado como referência para a condução de estratégias do LIACC em Curitiba. Tem como base a interação entre pessoas usuárias ativas e informadas, e equipes de saúde proativas e preparadas para atender às demandas de atenção da população sob sua responsabilidade. Esse Modelo preconiza que a qualificação da atenção às condições crônicas no âmbito da APS depende de elementos-chave, ligados ao sistema de atenção à saúde, incluindo: a organização da atenção, o desenho do sistema de prestação de serviços, o apoio às decisões, o sistema de informação clínica, o autocuidado apoiado, além da articulação com os recursos da comunidade.

Para avaliar e monitorar a implementação desse Modelo, os idealizadores do *MacColl Institute for Health Care Innovation* (30) propuseram dois instrumentos vinculados aos princípios e elementos norteadores que podem orientar sua adequação em sistemas de atenção à saúde. Esses instrumentos são o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português, e o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas.

O ACIC permite a avaliação pelos profissionais da capacidade institucional local para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas e assim apoiar as equipes para melhorar a atenção a essas condições na comunidade, nos serviços e na relação com as pessoas usuárias. Esse instrumento, construído com base em evidências, é composto pelos seis elementos-chave vinculados aos requisitos para o desenvolvimento do modelo de atenção, mais um sétimo elemento que considera a integração de seus componentes.

O profissional ou as equipes devem apontar o valor que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. A pontuação mais alta (11) em cada dimensão ou avaliação final indica um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. A menor pontuação possível (0) corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. O quadro abaixo apresenta as dimensões avaliadas e a interpretação dos resultados do ACIC.

Dimensões	Conceito
Organização da Atenção à Saúde	A atenção às condições crônicas pode ser mais efetiva se todo o sistema (organização, instituição, unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientado e permite maior ênfase no cuidado às condições crônicas.
Articulação com a comunidade	A articulação entre o sistema de saúde (instituições/unidades básicas de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.
Autocuidado Apoiado	O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.
Suporte à Decisão	O manejo efetivo de condições crônicas assegura que os profissionais de saúde tenham acesso a informações baseadas em evidência para apoiar as decisões na atenção às pessoas usuárias. Isso inclui diretrizes e protocolos baseados em evidência, consultas a especialistas, educadores em saúde, e envolvimento dos usuários de forma a tornar as equipes de saúde capazes de identificar estratégias efetivas de cuidado.
Desenho do sistema de prestação de serviços	A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.
Sistema de Informação Clínica	Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.
Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos terapêuticos dos pacientes (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).
Interpretação dos resultados	
Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas	
Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas	
Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas	
Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas	

O instrumento PACIC enfatiza as interações entre usuários e equipes responsáveis pela atenção, em especial, aspectos do apoio ao autocuidado, e compreende a avaliação pelos usuários da frequência com que são criadas oportunidades para

sua adesão ao tratamento (escala tipo Lickert: nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, sempre), compreensão do modelo de atenção e suporte à sua participação na tomada de decisão sobre a condução do tratamento, definição de metas, apoio à resolução de problemas e contextualização do aconselhamento, além de sua percepção sobre a coordenação da atenção e acompanhamento pela equipe local.

Uma pontuação média é obtida da soma das respostas às 20 questões do instrumento, dividido por 20. A pontuação varia de 1 a 5, com escores mais altos indicando a percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas.

Esses dois instrumentos foram identificados como importantes indicadores de avaliação do contexto e estrutura na matriz do desenho da pesquisa avaliativa do LIACC e implementação do MACC na experiência de Curitiba. Entretanto, as versões originais, em inglês, não permitiriam sua adequada utilização nesse contexto sem que fosse conduzido um processo prévio sistemático de validação transcultural, que permitisse incorporá-los como medidas confiáveis daquilo que se quer medir.

A adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura e/ou idioma e sua utilização em pesquisas a partir da simples tradução do original ou, excepcionalmente, à comparação literal dessa com uma retradução (31) tem sido muito questionada nos últimos anos. Em diferentes áreas do conhecimento considera-se que a avaliação semântica é apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação transcultural (32). É preciso um processo que combine a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro, a um processo meticuloso de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão a ser usada (33) (32). Isso requer um processo sistemático de validação em um contexto cultural específico, como é o caso da atenção às condições crônicas no contexto da Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Internacionalmente, os instrumentos ACIC e PACIC têm sido adaptados semântica e culturalmente por diversos grupos interessados em sua utilização como ferramenta de suporte para o diagnóstico, adequação, monitoramento e avaliação de modelos de atenção às condições crônicas apoiados no *Chronic Care Model* proposto pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation* (30, 34-37). Traduções sistemáticas já foram feitas para o alemão, finlandês, francês, espanhol, tailandês, entre outros (28).

O objetivo dessa seção é descrever o processo de validação transcultural dos instrumentos ACIC e PACIC que valide sua adaptação às características culturais e contextuais da atenção às condições crônicas na APS.

## Método

A metodologia utilizada para a condução do processo de tradução e adaptação do ACIC e PACIC seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde (38) para validação de instrumentos com o objetivo que mantenham a equivalência conceitual em culturas distintas. A Figura 7 representa os passos empregados nesse processo.

**Figura 7.** Passos para o processo de validação transcultural



## Tradução

Inicialmente, a versão original foi traduzida para o português por um pesquisador tradutor, familiarizado com a terminologia da área da saúde e APS, com conhecimento da língua e cultura inglesas, mas cuja língua materna é o portu-

guês. Uma abordagem de tradução dos instrumentos com ênfase conceitual e não literal foi empregada com o objetivo de adaptar a linguagem ao público-alvo e às características do modelo de atenção à saúde no contexto da APS.

Conforme proposto pela OMS (38), as seguintes diretrizes gerais foram consideradas nesse processo:

- Procurou-se buscar o equivalente conceitual de uma palavra ou frase, não uma tradução palavra-por-palavra, isto é, não uma tradução literal, considerando a definição do termo original e buscando traduzi-lo da forma mais relevante.
- Houve um esforço para tornar os termos o mais simples, claro e conciso possível, algumas vezes reduzindo o número de palavras para evitar frases longas que pudessem dificultar o entendimento.
- Procurou-se adequar a linguagem utilizada considerando o público-alvo a ser entrevistado, tanto os profissionais das equipes de saúde atuantes na APS, no caso do instrumento ACIC, quanto a população de pessoas usuárias dos serviços de saúde, na maioria das vezes populações mais vulneráveis social e economicamente, no caso do PACIC, buscando facilitar o entendimento das perguntas.
- Evitou-se o uso de termos técnicos que não pudessem ser compreendidos, expressões idiomáticas ou vernáculos que dificultassem o entendimento das populações-alvo.
- Termos associados a questões de gênero e de idade que pudessem ser considerados ofensivos foram evitados.

Uma versão inicial foi assim definida para os instrumentos ACIC e PACIC.

## Painel de especialistas

Com base na primeira versão traduzida para os dois instrumentos, um painel bilíngue de especialistas (em inglês e em português) procedeu a análise e identificação de termos e conceitos considerados inadequados, tanto por dis-

crepâncias em relação à versão original em inglês, como em relação ao contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), da Atenção Primária à Saúde e do perfil profissional e de pessoas usuárias dos serviços aos quais serão aplicados os instrumentos.

Participaram desse painel o tradutor original, um aluno de pós-graduação em saúde coletiva, uma pesquisadora com experiência em desenvolvimento de instrumentos e tradução, bem como o especialista responsável pela introdução dos instrumentos no Brasil, o qual já havia publicado uma versão inicial comentada em português (9). A partir das sugestões feitas pelo painel de especialistas foi construída uma nova versão dos instrumentos traduzidos para o português.

## Retrotradução

A versão traduzida foi então retrotraduzida para o inglês por um tradutor independente, cuja língua materna é o inglês e que não tinha conhecimento dos instrumentos. Como na tradução inicial, a ênfase na retrotradução foi posta em equivalência conceitual, cultural e linguística, e não literal. As discrepâncias foram então discutidas pelo grupo de pesquisadores e ajustadas para se chegar a uma versão aplicável.

## Pré-teste

A versão completa revisada em português após tradução, retrotradução e adequações foi então pré-testada em uma população-alvo composta por profissionais de saúde (para aplicação do ACIC) e pessoas usuárias dos serviços de atenção primária em saúde (para aplicação do PACIC), vinculados à Rede de Atenção em Saúde de Curitiba, representativa daqueles aos quais serão aplicados os instrumentos.

Participaram do grupo ao qual foi aplicado o instrumento PACIC 13 pessoas usuárias com condições crônicas diagnosticadas há mais de 6 meses e atendidas

na UBS Alvorada, de ambos os sexos, todos com mais de 18 anos, sendo dois não alfabetizados. O instrumento ACIC foi aplicado a três profissionais das equipes de SF da UBS Alvorada, incluindo uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. A aplicação dos instrumentos foi conduzida por dois pesquisadores e cinco alunos do Curso de Medicina da PUCPR, capacitados previamente, com o objetivo de explorar e registrar comentários e sugestões feitos pelos entrevistados sobre incompreensões de palavras, expressões ou inadequação de perguntas ao contexto vivenciado nos serviços de saúde.

Com o grupo de profissionais foi solicitado inicialmente que o instrumento ACIC fosse respondido individualmente e os comentários e sugestões foram então discutidos com o pesquisador responsável. Maior dificuldade para responder os itens perguntados foi demonstrada pela técnica de enfermagem. Todos os entrevistados sugeriram que o instrumento fosse respondido por consenso da equipe local, o que poderia melhor representar a percepção sobre a capacidade institucional local para atenção às condições crônicas. O tempo médio de resposta foi de 30 minutos.

Poucos ajustes no instrumento ACIC foram propostos pelos respondentes para a versão pré-testada, entre eles algumas adequações semânticas. Entretanto, nova revisão do instrumento foi conduzida pelos pesquisadores e pelo especialista responsável pela introdução dos instrumentos com o objetivo de adequar conceitualmente a terminologia à realidade do SUS no Brasil, o que resultou na versão final do instrumento.

A aplicação do PACIC para pessoas usuárias exigiu maior detalhamento que o instrumento aplicado aos profissionais. O instrumento foi administrado individualmente pelos pesquisadores por meio de entrevista em profundidade, interrogando os respondentes sobre cada item e registrando seus comentários e sugestões. Mesmo assim, os respondentes demonstraram dificuldade de compreensão dos itens perguntados e da forma de registrar as respostas. Muitas dúvidas foram registradas quanto ao significado de palavras como *plano de tratamento*, *metas*, *efeitos de medicamentos*, *condição crônica*, *encorajado*, *educador em saúde*. O tempo médio de resposta foi de 10 minutos.

Devido a significativa dificuldade de compreensão de itens do instrumento PACIC pelas pessoas usuárias respondentes, uma nova rodada de adaptações semânticas e conceituais foi conduzida pelos pesquisadores, dessa vez em conjunto com o grupo condutor do processo de implantação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS em Curitiba. As principais modificações propostas procuraram facilitar a compreensão pela população com a adequação dos termos ao contexto da atenção em saúde. Após a versão do instrumento ter sido readequada, essa foi aplicada a um novo grupo composto por 8 pessoas usuárias com condições crônicas. Suas observações ajudaram a definir a versão final do instrumento.

## Versão final

A versão final do ACIC, apresentada na sequência do texto, foi aplicada a 34 equipes de saúde atuando nas 12 UBS envolvidas na pesquisa avaliativa do LIACC, mais a UBS Alvorada, após cada profissional participante ter assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conforme sugerido pelos respondentes participantes da primeira fase do pré-teste, e reforçado pelo especialista, dessa vez o instrumento foi respondido por consenso entre componentes das equipes. A média de componentes que participaram do preenchimento do instrumento por equipe foi de três. Os resultados da aplicação do ACIC, nessa amostra, favoreceram o registro de dados de linha de base sobre a percepção das equipes sobre a capacidade institucional para atenção às condições crônicas. Essas informações serão exploradas posteriormente em outra publicação.

A versão final do PACIC foi aplicada a uma amostra expandida de 532 pessoas usuárias com condições crônicas atendidas nas 12 UBS envolvidas na pesquisa avaliativa do LIACC, mais a UBS Alvorada. Para participar nessa fase da pesquisa, os respondentes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os objetivos da aplicação do instrumento PACIC nessa amostra permitiram aprofundar o processo de validação do instrumento por meio da análise de reprodutibilidade, consistência interna e dimensionalidade, além de registrar

informações de linha de base sobre a percepção sobre o processo de atenção às condições crônicas das pessoas usuárias das UBS envolvidas. Os resultados desses processos serão apresentados posteriormente em outra publicação.

O processo de validação transcultural descrito foi desenvolvido no período de maio de 2011 a junho de 2012.

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Parecer CONEP 0288.0.084.000-11 – 9/11/2011; Protocolo CEP 6257).

## **Principais modificações e recomendações para adaptação cultural dos instrumentos para o português**

### **ACIC**

As modificações feitas no instrumento ACIC em sua versão em português a partir da versão original em inglês pautaram-se por aproximar terminologias e contextos vivenciados pelas equipes de saúde na APS no SUS.

Assim, no item correspondente ao elemento articulação com a comunidade, o componente “plano regional de saúde” foi substituído pelos componentes que exploram a institucionalização e participação do “Conselho Local de Saúde” e “Agentes Comunitários de Saúde”, mais adequado ao perfil das instâncias de organização da atenção e de participação no contexto do SUS.

Da mesma forma, no elemento sistema de informação clínica foi introduzido o componente ‘prontuário clínico eletrônico’, cuja disponibilidade é considerada importante como sistema de apoio ao modelo de atenção às condições crônicas.

A recomendação da utilização do instrumento ACIC para analisar a percepção de equipes de saúde sobre a capacidade institucional para atenção às condições

crônicas a partir do consenso entre os profissionais já havia sido utilizado em outras pesquisas (39). O aprofundamento da discussão com o especialista, consultor da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba para implementação do LIACC, bem como com os profissionais que participaram do processo de validação do instrumento, evidenciou a adequação dessa estratégia quando se considera a equipe local como a unidade responsável pela mudança e qualificação da atenção às condições crônicas, por meio da ação multidisciplinar, no âmbito da APS.

## PACIC

As modificações feitas no instrumento PACIC em sua versão em português a partir da versão original em inglês foram determinadas especialmente pelo perfil da população de usuários dos serviços de saúde no âmbito do SUS no Brasil. A baixa escolaridade média, com impacto sobre a capacidade educacional funcional para leitura e compreensão, é parte da realidade de grande parte da população SUS dependente, em especial na faixa etária de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de condições crônicas.

Modificações de termos, expressões, inclusão de exemplos, e focalização nos problemas de saúde ligados às condições crônicas foram algumas das estratégias utilizadas para adequação cultural do instrumento. Apesar de ter sido testada uma versão onde as afirmativas haviam sido substituídas por perguntas para facilitar a compreensão, na versão final do instrumento foi mantido o formato original das afirmativas, que se mostrou mais adequado.

A recomendação de que o instrumento seja aplicado por outra pessoa, e não utilizado na forma de um instrumento autoaplicável, foi reforçada por todo o grupo de pesquisadores responsáveis pelo pré-teste e aplicação na amostra expandida. A experiência vivenciada evidenciou a inadequação de sua utilização como instrumento autoaplicável pelo perfil da população-alvo.

As versões finais dos instrumentos ACIC e PACIC em português após a validação transcultural são apresentadas a seguir.

### AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – ACIC

Este instrumento foi desenhado para o monitoramento da capacidade institucional de uma rede de atenção à saúde ou de algum ponto de atenção, por exemplo, uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para desenvolver o Modelo de Atenção a Condições Crônicas. O resultado pode apoiar gestores e equipes de saúde a melhorar a atenção às condições crônicas.

#### Instruções para o preenchimento

Após uma leitura do questionário e uma breve discussão sobre seu conteúdo, ele deve ser preenchido por um profissional de saúde ou, preferencialmente, em conjunto por uma equipe de saúde.

- 1. Responda cada questão** na perspectiva de um local (ex. UBS, hospital, clínica especializada) que atua na atenção às condições crônicas.
- Indique o nome e tipo de local em análise: \_\_\_\_\_
- 3. Responda cada questão** explicitando como sua organização está atuando frente a uma doença ou condição.  
Especifique a doença ou condição \_\_\_\_\_
- Cada linha desse questionário apresenta aspectos fundamentais da atenção às condições crônicas. Cada aspecto é dividido em níveis e em valores que demonstram os vários estágios na melhoria da atenção às condições crônicas. Os estágios são representados pelos níveis D, C, B ou A e os valores de 0 a 11. Os valores mais baixos expressam capacidades institucionais menores e os mais altos capacidades institucionais maiores de atenção às condições crônicas. Para cada linha, **identifique o nível e então, dentro desse nível, circule o valor** que melhor descreve o nível de atenção praticado na instituição em análise em relação às condições crônicas consideradas. Caso exista divergência no grupo, discutam até chegar a um consenso. Apenas um valor pode ser preenchido por linha.
- 5. Some o total dos valores de cada seção** e calcule a pontuação média correspondente. Preencha os campos no final de cada seção com os valores obtidos. Então, na última folha, preencha os campos com os valores obtidos de cada seção. Some todas as pontuações e complete a pontuação média para o programa como um todo.

## Avaliação da Atenção a Condições Crônicas

**Parte 1: Organização da Atenção à Saúde: O manejo de políticas/ programas de condições crônicas pode ser mais efetivo se todo o sistema (organização, instituição ou unidade) no qual a atenção é prestada esteja orientada e permita maior ênfase no cuidado às condições crônicas.**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
O interesse da liderança organizacional em relação às mudanças na atenção às condições crônicas...	...não existe ou há pouco interesse.	...está refletido na visão, na missão e no plano estratégico, mas não há recursos comprometidos para a execução do trabalho.	...está incorporado na organização e na sua liderança superior, com recursos específicos comprometidos (financeiros e humanos).	...é parte de planos estratégicos de longo prazo, e há recursos humanos e financeiros comprometidos.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Metas organizacionais para a atenção às condições crônicas...	...não existem ou se limitam a uma condição crônica.	...existem, mas não são revistas regularmente.	...são monitoradas e revistas.	...são monitoradas e revistas periodicamente, sendo incorporadas em planos de melhoria de qualidade.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Estratégias para a melhoria da atenção às condições crônicas...	...não são organizadas ou apoiadas de forma consistente.	...utilizam soluções emergenciais para resolver pontualmente os problemas que se apresentam.	...utilizam estratégias efetivas quando surgem problemas.	...utilizam estratégias efetivas, usadas pró-ativamente na definição dos objetivos organizacionais.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Regulação e incentivos para a atenção às condições crônicas...	...não são utilizados para definir as metas de desempenho clínico.	...são usados para controlar a utilização de serviços e custos na atenção às condições crônicas.	...são usados para apoiar as metas terapêuticas de atenção às pessoas usuárias.	...são usados para motivar e empoderar os profissionais da saúde e apoiar as metas de desempenho clínico.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Liderança superior da organização..	...desencorajam o cadastramento dos portadores de condições crônicas.	...não dão prioridade à melhoria da atenção às condições crônicas.	...encorajam esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.	...participam visivelmente dos esforços para a melhoria da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Benefícios e incentivos (econômicos e morais)...	...desencorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...nem encorajam nem desencorajam o autocuidado pelos pacientes e as mudanças sistêmicas.	...encorajam o autocuidado pelos pacientes ou as mudanças sistêmicas.	...são especificamente desenhados para promover uma melhor atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11

Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Organização da Atenção à Saúde / 6) \_\_\_\_\_

**Parte 2: Articulação com a comunidade: Articulação entre o sistema de saúde (instituições ou unidades de saúde) e os recursos comunitários tem um importante papel na gestão/ manejo de condições crônicas.**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Articulação das instituições de saúde e das pessoas usuárias com os recursos comunitários...	... não é feita sistematicamente.	... é limitada a uma lista de recursos comunitários identificados em um formato acessível.	... é realizada por meio de pessoal designado para assegurar que as pessoas usuárias e os profissionais da saúde utilizem ao máximo os recursos comunitários.	... é realizada por meio de ativa coordenação entre a instituição de saúde, as organizações comunitárias e as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Parcerias com organizações comunitárias...	... não existem.	... estão sendo consideradas, mas não foram implementadas.	... estão estruturadas para apoiar programas de atenção às condições crônicas.	... são ativas e formalmente estabelecidas para dar suporte aos programas de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Conselho Local de Saúde...	... não existe.	... existe, mas tem uma função cartorial.	... existe e acompanha a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas.	... existe e acompanha pró-ativamente a programação da instituição de saúde relativa às condições crônicas, controlando os incentivos de desempenho das equipes.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Agente comunitário de saúde...	... não está incorporado à atenção às condições crônicas.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, mas atua de forma não sistemática, sem integrar-se com os recursos da comunidade	... está incorporado à atenção às condições crônicas e atua de forma sistemática, articulando os recursos da instituição de saúde e os recursos comunitários.	... está incorporado à atenção às condições crônicas, atua sistematicamente de acordo com as diretrizes clínicas e articula os recursos da organização de saúde e os recursos comunitários.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11

Pontuação Total para Articulação com a Comunidade \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação total para Articulação com a Comunidade / 4) \_\_\_\_\_

**Suporte à decisão. Muitos componentes da atenção às condições crônicas que acontecem no nível das Unidades/ Serviços de Saúde têm demonstrado potencial para melhorar a qualidade da atenção prestada. Esses componentes englobam áreas como o apoio para o autocuidado, desenho do sistema de prestação de serviços, suporte a decisão e os sistemas de informação clínica.**

**Parte 3: Autocuidado apoiado. O autocuidado apoiado efetivo pode ajudar as pessoas com condições crônicas e suas famílias a lidar com os desafios de conviver e tratar a condição crônica, além de reduzir as complicações e sintomas da doença.**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Avaliação e documentação das atividades e necessidades de autocuidado apoiado...	...não são realizadas.	...espera-se que sejam realizadas.	...são realizadas de maneira padronizada.	...são realizadas de maneira padronizada e articuladas com o plano de cuidado de cada pessoa usuária.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Suporte para o autocuidado apoiado ...	...é limitado a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...é disponibilizado por meio de atividades educacionais sobre autocuidado apoiado.	...é oferecido por educadores em saúde capacitados, que são designados para orientar o autocuidado apoiado, que fazem parte de equipe multiprofissional de saúde, mas envolve apenas os portadores de condições crônicas referidos.	...é oferecido por educadores em saúde especialmente capacitados em metodologias de empoderamento e de resolução de problemas, envolvendo a maioria dos portadores de condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Acolhimento das preocupações das pessoas usuárias e seus familiares...	...não é realizado de forma consistente.	...é realizado para pessoas usuárias ou famílias específicas por meio de referência.	...é estimulado e disponibilizado por meio de grupos de pares e atenção em grupo.	...é parte integrante da atenção às condições crônicas e inclui avaliação sistemática, com envolvimento contínuo em grupos de pares e atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11
Intervenções efetivas de mudança de comportamento de pessoas usuárias e de suporte de pares...	...não estão disponíveis.	...limitam-se a distribuição de informação (panfletos, folders e outras informações escritas).	...estão disponíveis somente por meio de referência a centros especializados com pessoal capacitado.	...estão disponíveis prontamente e fazem parte integral da rotina da atenção às condições crônicas e utilizam rotineiramente tecnologias de mudança de comportamento (modelo teórico de mudanças, entrevista motivacional, grupo operativo, processo de solução de problemas).
Pontuação	0 1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11

Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado \_\_\_\_\_ Pontuação Média (Pontuação Total para Apoio ao Autocuidado / 4) \_\_\_\_\_



**Parte 5: Desenho do sistema de prestação de serviços. A evidência sugere que a gestão efetiva da atenção às condições crônicas envolve mais que a simples adição de intervenções a um sistema focado no cuidado de condições agudas. São necessárias mudanças na organização do sistema, realinhando a oferta do cuidado.**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Trabalho em equipe...	...não existe.	...é realizado por meio da disponibilização de profissionais com treinamento apropriado em cada um dos componentes da atenção às condições crônicas.	...é assegurado por meio de reuniões regulares, das equipes, com enfoque nas diretrizes clínicas, nos papéis e responsabilidades de cada membro da equipe e nos problemas da atenção às condições crônicas.	...é assegurada por meio de equipes que se reúnem regularmente, têm atribuições bem definidas, o que inclui educação para o autocuidado apoiado, o monitoramento pró-ativo das pessoas usuárias e recursos de coordenação da atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Liderança das Equipes de Saúde...	...não é reconhecida localmente nem pela instituição de saúde.	...é assumida pela instituição de saúde, mas para papéis organizacionais específicos.	...é assumida pela instituição de saúde por meio da designação de um líder, mas seu papel na atenção às condições crônicas não está definido.	...está garantida pela instituição de saúde por designação de um líder que garante a definição clara dos papéis e responsabilidades na atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Sistema de agendamento...	... não está organizado.	...está organizado só para o atendimento de urgência e algumas situações individuais programadas.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.	...está organizado e inclui agendamentos para consultas individuais e atenção em grupo, facilitando o contato com diferentes profissionais em uma única visita.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Monitoramento da condição crônica...	... não está organizado.	...é oferecido quando a pessoa usuária solicita.	...é organizado pelos profissionais com base nas diretrizes clínicas.	...é organizado pela equipe de saúde e está adaptado às necessidades das pessoas usuárias, variando em intensidade e metodologia (telefone, contato pessoal, em grupo, e-mail), com base nas diretrizes clínicas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Atenção programada para as condições crônicas...	... não é utilizada.	...é utilizada ocasionalmente para pessoas usuárias com complicações.	...é uma opção para pessoas usuárias que se interessam por esse tipo de atenção.	...é utilizada regularmente para a maioria das pessoas usuárias, incluindo monitoramento regular, intervenções preventivas e a atenção ao autocuidado apoiado por meio de consulta individual ou atenção em grupo.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Continuidade do cuidado...	... não é uma prioridade.	... depende de comunicação escrita entre profissionais da atenção primária e especialistas ou gestores do caso.	...a comunicação entre os profissionais da atenção primária e especialistas é uma prioridade, mas não é implementada sistematicamente.	...é uma alta prioridade e as intervenções em condições crônicas incluem uma coordenação ativa entre a atenção primária e especialistas.
Pontuação	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço _____ Pontuação Média (Pontuação Total para Desenho do Sistema de Prestação de Serviço / 6) _____				

**Parte 6: Sistema de Informação Clínica. Informação útil e oportuna, individualizada por pessoa usuária e por populações usuárias com condições crônicas, é um aspecto crítico de modelos de atenção efetivos, especialmente aqueles que empregam abordagens populacionais.**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Prontuário clínico eletrônico...	... não está disponível.	... está disponível, mas é construído individualmente.	... está disponível e é construído com base familiar.	... está disponível, é construído com base familiar e coerente com as diretrizes clínicas e com o modelo de atenção às condições crônicas.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Registro das pessoas usuárias (lista de pessoas com condições crônicas específicas por estrato de risco)...	... não está disponível.	... está disponível, inclui nome, diagnóstico, informação de contato e data do último contato.	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco, seguindo as diretrizes clínicas.	... está disponível, permite identificar subpopulações por estratificação de risco seguindo as diretrizes clínicas e permite emitir alertas e lembretes para as pessoas usuárias.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Alertas para os profissionais...	... não estão disponíveis.	... estão disponíveis, incluem a notificação geral da existência de condições crônicas, mas não delimitam os tipos de intervenções necessárias no momento do atendimento.	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e delimitam intervenções necessárias no momento do atendimento.	... estão disponíveis, incluem indicação de intervenções necessárias por subpopulações em relatórios periódicos e dão informações específicas para as equipes sobre a adesão às diretrizes clínicas no momento do atendimento.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Feedbacks para a equipe de saúde...	... não estão disponíveis.	... são fornecidos em intervalos irregulares e de forma pessoal.	... ocorrem em intervalos suficientes para monitorar o desempenho e são específicos para cada equipe.	... são fornecidos oportunamente, específicos para uma determinada equipe, de forma pessoal e rotineira por um líder para melhorar o desempenho da equipe.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Informação sobre subgrupos relevantes de pessoas usuárias...	... não está disponível.	... está disponível, mas somente pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	... está disponível eventualmente, mas só pode ser obtida quando solicitada.	... está disponível rotineiramente para os profissionais de saúde para ajudá-los no planejamento do cuidado.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Plano de cuidado das pessoas usuárias...	... não é elaborado.	... é elaborado em formato padrão pela equipe de saúde.	... é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.	... é feito em conjunto pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, inclui metas clínicas e ações de autocuidado apoiado, sendo monitorado regularmente.
Pontuação	0 1 2 3	3 4 5 6	6 7 8 9	9 10 11
Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica	.....Pontuação Média (Pontuação Total para Sistema de Informação Clínica / 6).....			

**Parte 7. Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Sistemas de saúde efetivos integram e combinam todos os elementos do modelo, por exemplo, associando as metas de autocuidado com os registros nos sistemas de informação, ou associando políticas locais com atividades dos planos de cuidado dos usuários (locais para desenvolvimento de atividades físicas, estruturação de hortas comunitárias, etc.).**

Componentes	Nível D			Nível C			Nível B			Nível A		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Informação as pessoas usuárias em relação às diretrizes clínicas...	...não é realizada.	...não inclui metas de autocuidado apoiado.	...acontece quando solicitada ou por meio de publicações.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica.	...é feita por meio de material educativo elaborado para cada diretriz clínica e inclui material elaborado para as pessoas usuárias, descrevendo seu papel no autocuidado apoiado e na adesão às diretrizes clínicas.					
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sistema de informação/registo clínico...	...não inclui metas de autocuidado apoiado.	...não incluem metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, mas não inclui metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.	...inclui resultados de avaliação das pessoas usuárias, como estado funcional e disposição de envolvimento no autocuidado apoiado, além de metas de autocuidado apoiado.
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Programas comunitários...	... não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... não fornecem feedback para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback esporadicamente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.	... fornecem feedback regularmente para a instituição de saúde sobre o progresso das pessoas usuárias em suas atividades.
Pontuação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Programação local das condições crônicas...	...não utiliza uma programação local.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar a atenção, mas com enfoque na programação da oferta.	...usa dados dos sistemas de informações para planejar proativamente o cuidado, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas.	...usa sistematicamente dados dos sistemas de informações para planejar proativamente, com base populacional e estratificação de risco, derivados de parâmetros contidos nas diretrizes clínicas, incluindo o desenvolvimento de um contrato de gestão com os profissionais de saúde, com base em desempenho.
Pontuação	0	3	5	8
Monitoramento das metas dos planos de cuidado...	...não é realizado.	...realizado esporadicamente, apenas para pessoas usuárias agendadas.	... é realizado por um profissional responsável pela pessoa usuária.	... é realizado por meio da designação de um profissional responsável pela pessoa usuária e que usa o prontuário clínico e os alertas para coordenar a atenção com a pessoa usuária e os membros da equipe.
Pontuação	0	3	5	8
Diretrizes clínicas para as condições crônicas...	...não são compartilhadas com as pessoas usuárias.	...são fornecidas às pessoas usuárias que demonstram interesse no autocuidado apoiado de suas condições crônicas.	... são fornecidas a todas as pessoas usuárias para ajudá-las a desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento e para permitir que elas identifiquem quando devem procurar um profissional de saúde.	...são compartilhadas pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias para desenvolver o autocuidado apoiado efetivo ou nos programas educacionais de mudança de comportamento que levem em conta as metas das pessoas usuárias e a disposição para as mudanças.
Pontuação	0	3	5	8
Pontuação Total para Integração: _____ Pontuação Média (Pontuação para Integração/6): _____				

**RESUMO DA PONTUAÇÃO**  
**(TRAZER AS PONTUAÇÕES DO FINAL DE CADA SEÇÃO PARA ESSA PÁGINA)**

1. Pontuação média para Organização da Atenção à Saúde \_\_\_\_\_
2. Pontuação média para Articulação com a Comunidade \_\_\_\_\_
3. Pontuação média para Autocuidado Apoiado \_\_\_\_\_
4. Pontuação média para Suporte à Decisão \_\_\_\_\_
5. Pontuação média para Desenho do Sistema de Prestação de Serviços \_\_\_\_\_
6. Pontuação média para Sistema de Informação Clínica \_\_\_\_\_
7. Pontuação média para Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas \_\_\_\_\_
8. Pontuação total (1+2+3+4+5+6+7) \_\_\_\_\_
9. Pontuação de capacidade institucional (1+2+3+4+5+6+7/7) \_\_\_\_\_

**O que isto significa?**

O ACIC é organizado para que a pontuação mais alta (11) em qualquer item, seção ou avaliação final, indique um local com recursos e estrutura ótima para a atenção às condições crônicas. Por outro lado, a menor pontuação possível (0), corresponde a um local com recursos e estrutura muito limitados para a atenção às condições crônicas. A interpretação dos resultados é a seguinte:

- Entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas;
- Entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas;
- Entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas;
- Entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas.

É comum que algumas equipes iniciem um processo de mudança com média abaixo de "5" em algumas (ou todas) as áreas do ACIC. Afinal, se todos ofertassem uma atenção excelente às condições crônicas, não seria necessário esse processo ou outros programas para a melhoria da qualidade. Também é comum que equipes acreditem prover uma atenção às condições crônicas melhor do que realmente acontece. Com o desenvolvimento do processo, começam a familiarizar-se com o que um sistema de atenção efetivo envolve. Nesse caso, a pontuação ACIC pode até diminuir em vez de melhorar; mas isso é resultado do melhor entendimento do que deve envolver um bom sistema de saúde. Com o tempo, à medida que sua compreensão sobre atenção integral aumenta e a equipe continua a implementar mudanças efetivas, observará a melhoria de sua pontuação.

### AVALIAÇÃO DO USUÁRIO SOBRE O CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS – PACIC

Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de saúde. Isso inclui seu médico, enfermeira e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com profissionais da equipe.

Durante os últimos seis meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Perguntaram minha opinião quando definimos o plano para tratamento de meu problema de saúde. (diabete, hipertensão ou depressão)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Deram opções de tratamento para que eu pudesse pensar sobre elas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Perguntaram se tive problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Recebi, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar minha saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Fiquei satisfeito com a organização de meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Explicaram que o que eu faço para cuidar de mim mesmo influencia meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Perguntaram o que eu pretendo fazer para cuidar de meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Ajudaram a definir como melhorar minha alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Recebi uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Incentivaram a participar de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem me ajudar a enfrentar meu problema de saúde (diabete, hipertensão, depressão).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Perguntaram sobre meus hábitos de saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. A equipe de saúde levou em conta o que eu penso, no que acredito, meu modo de vida, quando indicou meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Ajudaram a fazer um tratamento para que eu pudesse seguir no meu dia a dia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Ajudaram a planejar como cuidar de minha saúde nos momentos mais difíceis da vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Perguntaram como meu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão) afeta minha vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. A equipe de saúde me procurou, após a consulta, para saber como estava indo meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupo de mães, pastoral do idoso, associações, que pudessem me ajudar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com minha saúde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, psiquiatras, podem ajudar no meu tratamento.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5





# A construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) em Curitiba

*Cristiane Honório Venetikides  
Gustavo Pradi Adam*

## **A atenção à depressão**

A construção de uma intervenção direcionada ao manejo de transtornos depressivos (“depressão”) surgiu da constatação de que uma atenção à saúde voltada a doenças agudas não seria suficiente para condições crônicas.

O novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) vem sendo proposto como uma resposta a um sistema de saúde construído com base na atenção às condições agudas. O MACC foi selecionado entre outros modelos, dentre outros motivos, por sua proposta de uso de recursos comunitários a fim de melhorar a organização dos serviços de saúde, bem como por preconizar o uso de novas tecnologias de abordagem às condições de saúde. Tais tecnologias se harmonizam com a filosofia que sustenta as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, propostas corroboradas pela Coordenação de Saúde Mental do município de Curitiba e suportada pelo Centro de Informação em Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde.

Dentre as estratégias propostas que se alinham a atenção à depressão, destacam-se o autocuidado apoiado, a reelaboração do sistema de trabalho em saúde com suporte a decisão e sistemas de informação clínica, abordagens integradas de diferentes condições crônicas, equipes com funções bem definidas, gerenciamento de caso para usuários com quadros complexos, apropriação de recursos comunitários e consultoria com especialista, quando apropriado.

Assim, em 2010, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou um processo de reformulação ao modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba, definindo que a depressão seria uma das três condições de saúde a que se daria o enfoque inicial.

## A escolha da depressão

A depressão é uma condição considerada como crônica e foi escolhida para o laboratório de inovações devido a sua complexidade, custos pessoais e à sociedade. Dentre esses custos destaca-se o prejuízo funcional que a depressão pode acarretar. Por ser condição potencialmente incapacitante, pode gerar perda de dias de trabalho, acarretando necessidades de benefícios previdenciários; gerar gastos com exames laboratoriais e internamentos, por vezes desnecessários; representar risco à vida, associando-se a comorbidades ou mesmo ao suicídio; propiciar perda de autoconfiança; impactar em diversos âmbitos do funcionamento familiar; e associar-se a outros prejuízos tanto ao indivíduo quanto a seus familiares e comunidade (40).

A depressão chegou a ser estimada, nos anos 1990, como a quarta causa específica de incapacitação, com tendência a crescimento (40). Ao ser comparada a outras condições crônicas, a depressão só tem equivalência em incapacitação às doenças isquêmicas cardíacas graves, causando mais prejuízo no status de saúde do que angina, artrite, asma e diabetes (41) (40) (42). Pessoas com depressão moderada ou severa têm maior prejuízo na maioria dos domínios de qualidade de vida do que aquelas com infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva ou diabete (43) (44).

A cronicidade da condição, característica necessária para o Laboratório, é verificada pela sua alta taxa de recorrência. Aproximadamente metade das pessoas com depressão a cronificam, e cada novo episódio tende a ocorrer mais cedo, durar mais tempo e se tornar mais severo, bem como ser de mais difícil tratamento (41) (45).

A prevalência da depressão é outro fator que a torna relevante para o projeto, variando de 4 a 11% ao longo da vida, dependendo do autor. Sua estimativa-ponto giraria em torno de 2,6% (2,3% para homens e 2,8% para mulheres) (40).

A relação da depressão com outras condições crônicas tornou o trabalho premente. A depressão apresenta uma série de comorbidades (como doenças

cardiovasculares, endocrinológicas, neurológicas, renais, oncológicas e síndromes dolorosas crônicas), que podem tanto aumentar a sua predisposição, quanto a intensidade e frequência de suas exacerbações, assim como podem piorar seu prognóstico e dificultar seu tratamento. Reciprocamente, a depressão parece exercer o mesmo efeito sobre suas comorbidades (41).

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

A “boa notícia” é que depressão pode ser tratada com sucesso na Atenção Primária em Saúde. Mesmo em modelos tradicionais de atendimento da Saúde Mental, entre 50 e 70% das pessoas com depressão mostraram resposta a uma abordagem com antidepressivos, ainda que estudos demonstrem que simplesmente prescrever um antidepressivo na atenção primária, ou aguardar a chegada da demanda em ambulatórios, ou distribuir diretrizes e promover seminários não sejam suficientes para promover resultados mais efetivos (46).

## **Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e o novo modelo de atenção em Curitiba**

A Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) apresentam princípios comuns, baseando-se a partir do mesmo referencial teórico e filosofia, culminando em práticas que se superpõe.

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

Após as duas guerras mundiais, essa visão passa a ser questionada, por meio de um movimento que culmina na assim denominada “Reforma Psiquiátrica” (47).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento de profissionais de saúde que serve de base para a construção de novas Políticas de Saúde Mental, constituídas não apenas como uma resposta a destituição da cidadania desses sujeitos, mas também como um momento de apropriação de evidências técnicas para um cuidado mais efetivo e humanizado a todas as questões de saúde mental (47).

A Reforma Psiquiátrica sedimenta-se sobre a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, a consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, com ênfase em uma rede de cuidados que contemple a Atenção Primária em Saúde e que se sustente nela.

A Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária (movimento que acompanha a redemocratização do país, tendo em vista a abertura e o livre acesso da população à assistência à saúde) têm embasamento técnico e filosófico em comum constituindo políticas de saúde ressonantes. Essas políticas apresentaram seu marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e nas Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992 e 2001) e hoje, se constituem nas diretrizes do Ministério da Saúde para a reorientação do sistema assistencial em saúde, com a efetiva inclusão das Políticas de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde e ações de Saúde Mental no território, bases para a Reforma Psiquiátrica (48).

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

Dentro dessa conjuntura, o município, em consonância aos pressupostos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, propôs a atenção à depressão

na Atenção Primária em Saúde através do MACC, trabalhando na implantação e desenvolvimento de estratégias para reversão do modelo centrado no hospital psiquiátrico, construindo uma rede de cuidados de base comunitária.

Considera-se, pelo Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde, que os profissionais e serviços devam promover a pertinência familiar e comunitária dos usuários sob seus cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos singulares que levem em conta as fragilidades e as vulnerabilidades advindas do sofrimento mental, bem como as potencialidades do sujeito e de seu território, além de sua autonomia (16).

Seguindo no processo de consolidação dos avanços obtidos pelo município e que possibilitaram o Laboratório, pode-se destacar o número de pessoas cadastradas no Programa de Saúde Mental, monitoradas e tratadas que hoje abrange aproximadamente 57.000 usuários; a expansão da consolidação das ações da saúde mental na atenção primária à saúde; a contratualização dos serviços ambulatoriais e hospitalares, estabelecendo indicadores de qualidade nas principais áreas de atuação desses serviços, como assistência e humanização; a expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – 13 no momento; a diminuição progressiva do número de pacientes asilares e a manutenção de cinco Residências Terapêuticas.

## **A atenção à depressão no LIACC**

Caracterizada a depressão como condição crônica, passível de ser tratada e manejada em ambientes comunitários, considerou-se necessário evoluir no diagnóstico da condição na Atenção Primária em Saúde, em seu manejo e no seu tratamento nesse contexto.

O diagnóstico precoce e o tratamento da depressão são cruciais, porque quanto mais tempo uma depressão evoluir sem tratamento, pior será o seu prognóstico (e, além disso, a depressão parece piorar o manejo de outras condições crônicas). A depressão é comumente encontrada na atenção primária, mas fre-

quentemente subdiagnosticada. Essa situação se torna ainda mais frequente em situações de comorbidade, em apresentações somáticas do quadro, em idosos e em adolescentes. Torna-se, portanto, essencial reconhecer os indivíduos de maior risco para depressão. Usar ferramentas para triagem e escalas diagnósticas pode contribuir para a detecção da condição nesse nível de atenção.

Assim, como primeira aproximação específica do novo modelo de abordagem da depressão para a UBS Alvorada, escolhida como piloto para a implementação do LIACC em Curitiba, propôs-se a aplicação de um instrumento padronizado de triagem da depressão. Essa estratégia pretendia introduzir a discussão com as equipes locais de forma gradual, evitando sobrecarregar a UBS com a introdução de muitas tecnologias simultaneamente, já que as abordagens em comum com a hipertensão e a diabetes, como o cuidado compartilhado e o autocuidado apoiado, bem como a capacitação e sensibilização em tecnologias menos prescritivas de abordagem do usuário já estavam sendo trabalhadas. Além disso, optou-se por abordar primeiramente o manejo das condições com que as equipes de Atenção Primária em Saúde costumam ter mais familiaridade, como diabetes e hipertensão, então trabalhar mais gradativamente a depressão, que, como as demais condições de saúde mental, costuma gerar mais resistência dos profissionais da Atenção Primária.

Assim, em novembro de 2011, foi introduzida a triagem da depressão pela escala PHQ (*Patient Health Questionnaire*). Esse instrumento, desenvolvido por Kroneke, Spitzer e Williams (49), tem como objetivo apoiar o diagnóstico, monitoramento e avaliação da severidade e risco a depressão. O PHQ-2, composto por duas questões, permite observar a frequência de humor deprimido e anedonia (incapacidade de sentir prazer) nas duas últimas semanas. Seu objetivo não é diagnosticar depressão, mas identificar seus primeiros sinais. Pessoas identificadas positivamente por meio do PHQ-2 podem ser avaliadas pelo PHQ-9 para determinar se caracterizam critérios de desordem depressiva. O PHQ-9 incorpora critérios de diagnóstico da depressão em um instrumento autoaplicável. Seu escore representa leve, moderada, moderadamente severa e severa condição de depressão e pode apoiar o diagnóstico final feito pelo profissional médico. O PHQ -2 e PHQ-9 são apresentados a seguir.

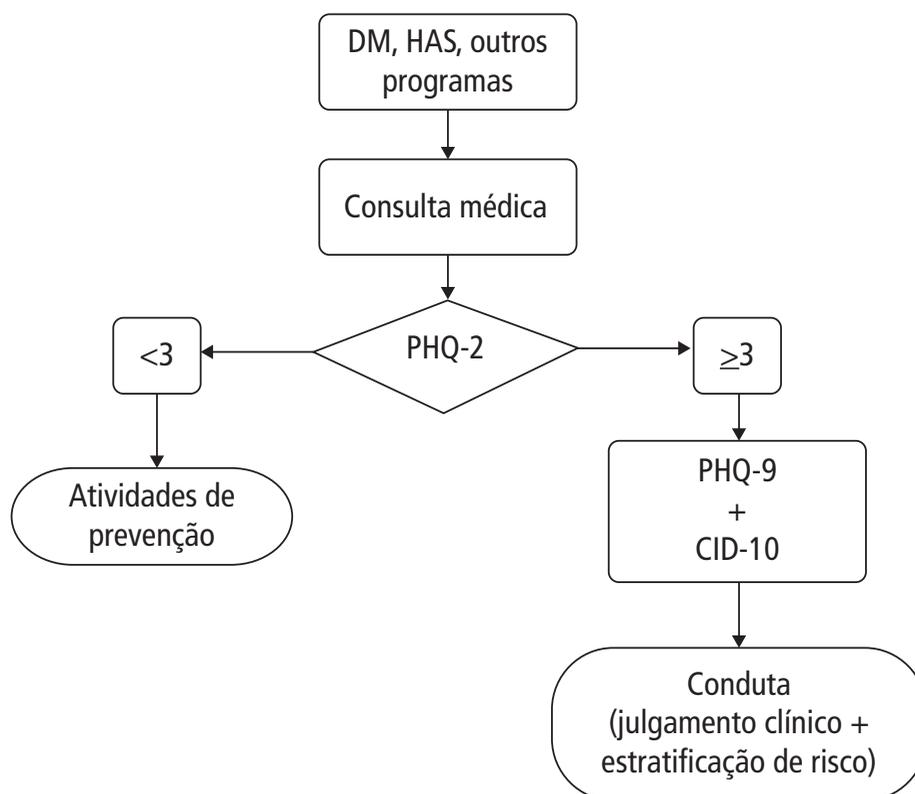
<b>QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE – 2 (PHQ-2)</b>				
<b>Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3

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

<b>QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE – 9 (PHQ-9)</b>				
<b>Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Vários dias</b>	<b>Mais da metade dos dias</b>	<b>Quase todos os dias</b>
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

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

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

**Figura 8** Fluxograma de utilização do PHQ

Apesar da preconização teórica de se efetuar a triagem da depressão em toda a população, o LIACC não considerou prudente levar essa sugestão para a UBS Alvorada. O surgimento, ainda que imaginado, de uma demanda reprimida para a equipe de área poderia pressagiar resistências à implantação do MACC. O que foi proposto, considerando a alta taxa de comorbidade entre a depressão e outras condições já em atendimento na UBS, como nos grupos de DM e HAS, foi iniciar a aplicação do PHQ nos atendimentos programados. Aplicado inicialmente o instrumento PHQ-2, resultados positivos ( $\geq 3$ ) indicariam a necessidade de aplicação do PHQ-9 e avaliação médica para confirmação diagnóstica, estratificação de risco e definição da condução de tratamento mais adequada.

Ainda que diversos trabalhos já tenham iniciado na UBS, desde a sensibilização e capacitação quanto a essa condição de saúde mental, até a aplicação de técnicas motivacionais e não-prescritivas de modificação de comportamento, autocuidado apoiado e cuidado compartilhado, algumas tecnologias específicas da depressão deverão ser implantadas, como cuidado por passos, estratificação de complexidade/risco e condutas para cada estrato, monitoramento e gerenciamento de caso, particularidades do autocuidado apoiado e do Cuidado Compartilhado na depressão, a questão do suicídio e capacitações técnicas em diagnóstico e tratamento e particularidades em populações específicas.

Com a aplicação da triagem nos usuários de programas que vêm à UBS Alvorada, a reação referida pela equipe, até o momento, foi de surpreender-se com a identificação de novos casos de suspeita de depressão, que mais tarde se confirmariam em consulta médica. Os profissionais de área também parecem estar mais familiarizados com o conceito de atenção ao transtorno na Atenção Primária em Saúde e, nas conversas com as equipes da UBS, percebe-se um movimento de redução das resistências pessoais a esse trabalho.

O trabalho do LIACC traz para a área uma série de modificações, dentre elas, necessidade de mudanças de comportamentos, tanto de equipe, quanto de pessoas usuárias. Ainda que o trabalho da atenção à depressão na área seja ainda incipiente, parece ter se constituído em um catalisador de transformações de comportamento maior do que o das condições cardiovasculares.

Especula-se que isso se explique porque trabalhar depressão na APS é mais novo e traz mais estranhamento do que abordar condições mais rotineiras, como diabetes ou hipertensão. Isso gera mais angústias, o que, por sua vez, mobiliza mais energia em relação à mudança de comportamento, quer seja na forma de empolgação e pró-atividade, ou como resistência. Porém, como aprendemos com a tecnologia motivacional, resistências também são um bom material para se trabalhar em direção a uma mudança de comportamento.





# A revisão das Diretrizes Clínicas de Hipertensão, Diabetes e Depressão: estratificando riscos

**Ana Maria Cavalcanti**  
**Gustavo Pradi Adam**

As diretrizes clínicas compõem uma das etapas da gestão das condições crônicas na SMS Curitiba e têm, como principal objetivo, fomentar a organização da atenção à população. Seus objetivos específicos compreendem a instrumentalização e capacitação das equipes multiprofissionais de saúde para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, seus diagnósticos precoces e manejos adequados, para a consequente redução da morbimortalidade relacionada a esses agravos.

Muito além da competência técnica, as diretrizes preconizam o acolhimento da população usuária da rede municipal de saúde e a motivação para o autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis.

A elaboração/revisão da maioria dos protocolos e diretrizes da SMS é realizada por um grupo técnico de revisores. Esse grupo é composto por representantes de diferentes categorias profissionais (médicos da APS e especialistas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros) e níveis da gestão (coordenações do CIS, profissionais dos NAAPS e das UBS). Versões preliminares são construídas a partir da evidência disponível na literatura nacional e internacional, utilizando o “AGREE Project” (50), baseando-se em questões clínicas objetivas através do “PICO guide” (51). Após sua construção, são submetidas à avaliação interna e externa para obtenção de consenso.

Para o consenso interno, outros membros das coordenações de diferentes áreas técnicas do Centro de Informação em Saúde (promoção da saúde, saúde da criança, adolescente saudável, mãe curitibana, controle do tabagismo, enfermagem, fisioterapia, atenção básica, alimentação e nutrição, saúde mental, saúde do coração, informação e saúde bucal), das UBS e dos NAAPS são consultados.

As sugestões encaminhadas ao grupo revisor são analisadas e as adequações feitas para a elaboração da versão final.

Para a obtenção de consenso externo, sociedades de especialidades médicas (medicina de família e comunidade, cardiologia, endocrinologia, nefrologia, psiquiatria, entre outras), associações e conselhos de classe (odontologia, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição, etc.) são consultados. O produto final é, então, encaminhado para a edição gráfica.

Com a criação do LIACC e a formação dos grupos programáticos, uma de suas tarefas era a revisão ou elaboração das diretrizes clínicas. A Diretriz de Atenção à Pessoa Portadora de DM2 (versão 2010) já estava em processo de validação externa enquanto a de HAS precisava ser revisada. A diretriz de depressão precisava ser elaborada e foi constituído um grupo técnico para isso.

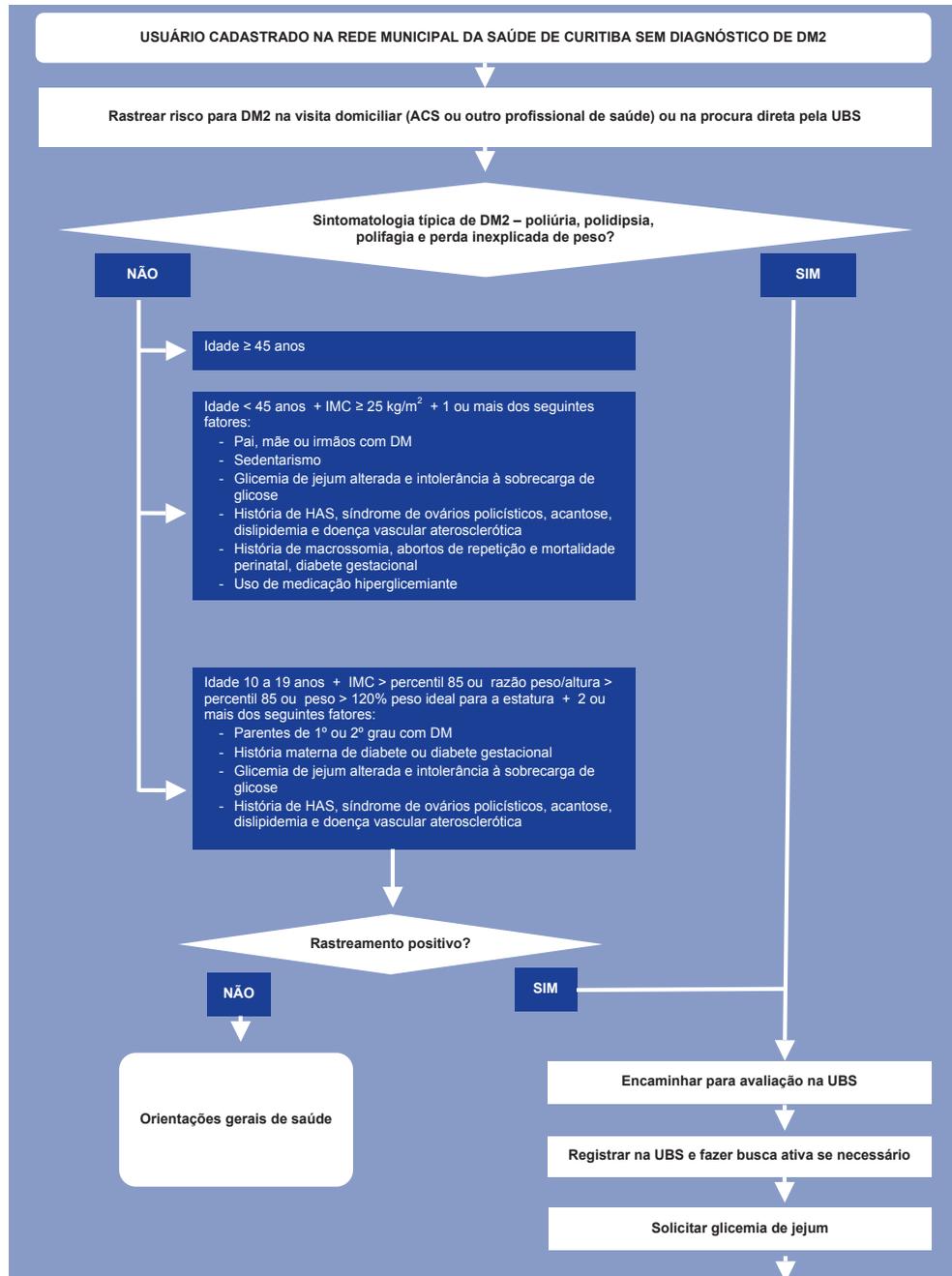
## Estrutura

Em geral, as diretrizes são compostas de duas partes. A primeira apresenta os algoritmos dos programas que, já nas primeiras páginas, resumem as principais recomendações sobre rastreamento, diagnóstico, manejo e plano de cuidado da condição, assim como organização da atenção e planilha de programação da UBS. O intuito é facilitar o rápido reconhecimento, pela equipe multiprofissional, da organização da atenção à população.

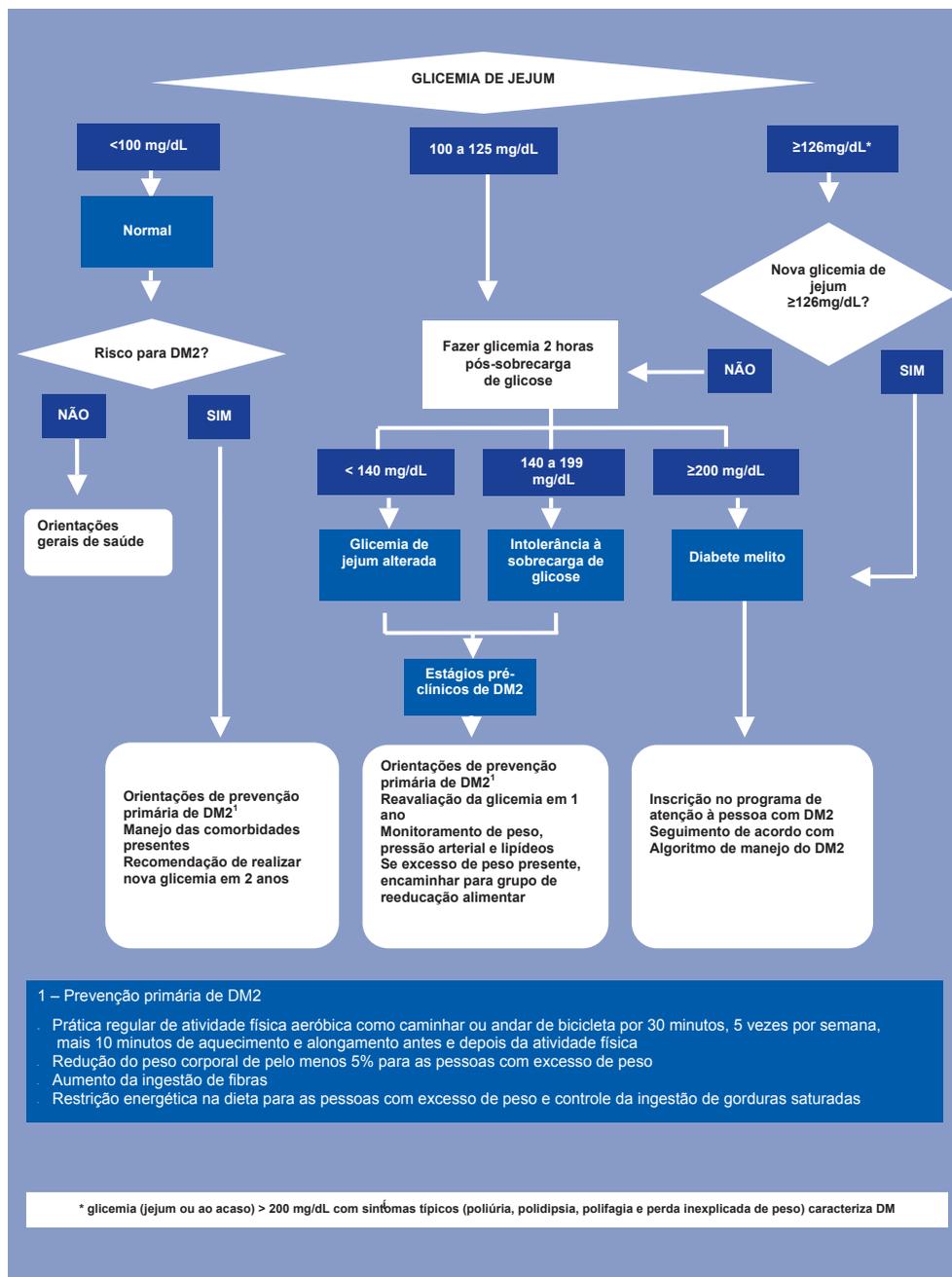
A segunda parte expõe a base teórica para as recomendações feitas nos algoritmos, embasando a equipe de saúde e o usuário na construção conjunta do plano de cuidado e na organização local da atenção a uma determinada condição crônica. Os capítulos abordam temas como prevenção primária, rastreamento, diagnóstico, avaliação clínica, plano de cuidado, complicações, idosos e mulheres portadores da condição, saúde bucal, organização e planilha de programação da atenção e gestão de caso.

Os quadros a seguir apresentam um exemplo de algoritmos para cuidado de Diabete.

## ALGORITMO 1 – RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DM2



## ALGORITMO 1 – RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DM2



## Plano de cuidado

As diretrizes clínicas determinam o plano de cuidado para os portadores de HAS, DM e depressão inscritos nos programas da SMS. Esse plano engloba as diferentes áreas que precisam ser monitoradas pela equipe de saúde, pelos usuários e seus familiares.

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

Plano de cuidado do portador de DM2		
INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total < 200 mg/dL LDL-col < 100 mg/dL* HDL-col > 45 mg/dL Triglicérides < 150 mg/dL	2 em 2 anos – idade < 40 anos, sem fator de risco cardiovascular (FRCV) e dislipidemia. Anual – idade > 40 anos, com FRCV ou dislipidemia (após controle lipídico). Para maiores de 40 anos ou dislipidemia ou FRCV associados: iniciar AAS 100 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia (à noite), na ausência de contraindicações.
FUNÇÃO RENAL	Ausência (TFG** > 90ml/min e relação albumina-creatinina < 30 mg/g em urina) ou controle de doença renal diabética.	Estágio 0 e 1 – anual. Estágio 2 – semestral. Estágio 3, 4 e 5 – especialista.
RETINA	Ausência (fundoscopia normal) ou controle de complicação microvascular retineana.	Encaminhar anualmente para avaliação com oftalmologista, na ausência de retinopatia. Encaminhar para oftalmologia em qualquer momento se ocorrer perda súbita de visão, suspeita de glaucoma ou descolamento de retina (flashes de luz, moscas volantes, escotomas ou sombras).
PÉ DIABÉTICO	Ausência (LPS não alterada, pulsos presentes e simétricos, ausência de deformidades) ou controle de complicações neuropáticas ou vasculares. Prevenção de úlceras e amputações.	De acordo com o risco: - baixo – anual. - moderado – 3 a 6 meses. - alto – 1 a 3 meses. Orientações de cuidado com os pés e calçados.
SAÚDE MENTAL	Saudável; prevenção ou tratamento de transtornos mentais associados.	Rastreamento anual de depressão pelo médico e/ou equipe multiprofissional. Participação nas atividades educativas da UBS; encaminhamento para ambulatório especializado se necessário (ver Protocolo de Saúde Mental).
SAÚDE BUCAL	Saudável (ausência de processos infecciosos e inflamatórios).	Anual pelo cirurgião dentista.
PLANEJAMENTO FAMILIAR	Redução de risco materno-infantil.	Anual. Orientações sobre risco gestacional e indicação de métodos contraceptivos definitivos para casais que não queiram mais filhos.

\*se doença vascular presente, LDL < 70 mmHg – opcional \*\*TFG =  $[(140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ se mulher})] \div 72 \times \text{creatinina sérica (mL/min)}$ .

## Estratificação de risco

Há mais de oito anos a SMS Curitiba preconiza a gestão das pessoas portadoras de HAS e DM baseada em estratificação de risco. Essa estratificação orienta tanto o manejo da condição (mudança no estilo de vida e/ou tratamento medicamentoso) como a concentração de consultas médicas e de enfermagem e de atendimentos de enfermagem. Para a depressão, essa ainda é uma variável a ser implantada na APS.



**Foto 7** Consulta do médico de família e comunidade de uma das Equipes Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

## Diabete melito – DM

Nos primeiros documentos que sistematizavam a atenção ao DM no município, a estratificação baseava-se no uso ou não de insulina. Portadores de DM tipo 1 e DM tipo 2 em uso de insulina eram considerados de maior risco. Gestantes com DM gestacional também eram consideradas de risco e encaminhadas para

a realização do pré-natal de alto risco, sendo monitoradas no programa Mãe Curitibaana.

Na diretriz versão 2010, o grupo revisor optou por classificar como estrato de risco baixo pessoas com condições clínicas preditivas de risco para desenvolvimento de DM tipo 2 (hiperglicemia de jejum e intolerância à sobrecarga de glicose). Já os portadores de DM (não gestante) foram estratificados em risco médio, alto e muito alto de acordo com os seguintes critérios:

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

Estratificação de risco da população em relação ao Diabetes melito tipo 2	
RISCO BAIXO	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose.
RISCO MÉDIO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico adequados, Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, Sem complicações crônicas.
RISCO ALTO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados OU Controle metabólico e pressórico adequados, mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas.
RISCO MUITO ALTO	Pessoa com diabetes melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados + Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas.

## Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS

Em relação aos portadores de HAS, a estratificação preconizada anteriormente na SMS baseava-se nas V Diretrizes Brasileiras de HAS (2006) que consideravam o nível de pressão arterial (normal, limítrofe, HAS estágio 1, 2 e 3) e a presença de fatores de risco, lesão em órgãos-alvo (LOA) e doença cardiovascular (DCV). Na versão atual, a estratificação foi modificada, baseando-se nos seguintes critérios:

- a. Escore de Framingham para DCV global—esse escore estima o risco de pessoas entre 30 a 74 anos e sem DCV prévia de desenvolverem eventos CV nos próximos 10 anos devido à presença de diferentes fatores preditores de risco (sexo, idade, DM, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, níveis de colesterol total e HDL colesterol). O risco é classificado em baixo (< 10%), médio (de 10 a 20%) e alto (> 20%). Na Diretriz de HAS, o grupo optou por extrapolar o risco para as faixas etárias de 20 a 30 anos e para 75 anos e mais.
- b. Presença de LOA – hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3 ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de atheroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).
- c. Presença de condições clínicas associadas:
  - Doença cerebrovascular – acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório.
  - DCV – angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca.
  - Doença Arterial Periférica.
  - Retinopatia avançada – papiledema, hemorragias e exsudatos.
  - Doença renal – estágio de função renal 4 ou 5.

Estadiamento da função renal		
ESTÁGIO	TFG (ml/min)	COMENTÁRIOS
0	> 90	Ausência de dano renal* + TFG normal ou aumentada
1	> 90	Dano renal* + TFG normal ou aumentada
2	60 – 89	Dano renal* + IR leve ou funcional
3	30-59	Dano renal* + IR moderada ou laboratorial
4	15-29	Dano renal* + IR severa ou clínica
5	< 15	IR terminal ou dialítica

\*Dano renal: qualquer alteração bioquímica (ex: micro ou macroalbuminúria) ou de imagem dos rins TFG – taxa de filtração glomerular; IR – insuficiência renal. Fonte: Adaptado da Fundação Nacional do Rim, 2002.

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

Estratificação do risco cardiovascular global das pessoas com HAS*	
BAIXO RISCO	Escore de Framingham < 10% em pessoas com HAS sem lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas.
MÉDIO RISCO	Escore de Framingham de 10% a 20% em pessoas com HAS sem lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas.
ALTO RISCO	Escore de Framingham > 20% e/ou lesão em órgãos-alvo identificadas mas sem condições clínicas associadas.
MUITO ALTO RISCO	Pessoas com HAS e condições clínicas associadas, independente do escore de Framingham.

\*Se DM associado, ver Diretriz de Atenção à Pessoa com DM2 (CURITIBA, 2010).

## Depressão

Para a depressão, o LIACC não localizou evidências para estabelecer cada ponto da estratificação de risco. A partir da literatura, todavia, pode-se embasar uma proposta de estratificação de acordo com o escore do instrumento PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) (49).

Estratificação de risco da depressão	
PONTUAÇÃO PHQ-9	SEVERIDADE/RISCO DA DEPRESSÃO
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
≥ 20	Severa

## Organização da atenção

A organização da atenção às condições crônicas baseia-se no perfil epidemiológico da condição, no papel da equipe multiprofissional (NAAPS e UBS) e na estratificação de risco. Em relação à depressão, por exemplo, é possível estimar o percentual da população da área de abrangência da UBS em risco (baixo, moderado, alto e muito alto) de desenvolver o transtorno. A partir dessa estimativa, a equipe de saúde pode programar o perfil da atenção necessária, conforme descrito a seguir.

Percentual da população da área da abrangência da UBS em risco para depressão		
RISCO RELATIVO PARA DEPRESSÃO	POPULAÇÃO ESTIMADA (%)	PERFIL DA ATENÇÃO
MUITO ALTO	0,5	Gerenciamento de caso
ALTO	0,5 – 5	Gerenciamento
MODERADO	6 – 20	Autocuidado Apoiado
BAIXO	21 – 100	Prevenção primária

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

Os quadros abaixo definem a periodicidade das avaliações na UBS das pessoas inscritas nos programas de atenção ao diabetes, hipertensão e depressão, conforme diretrizes clínicas preconizadas.

Periodicidade das avaliações na UBS das pessoas inscritas no programa de atenção ao Diabetes Mellito				
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	AVALIAÇÃO			
	médica	enfermeiro	auxiliar de enfermagem	cirurgião dentista
BAIXO	anual	-	Anual	-
MÉDIO	semestral	anual	trimestral	anual
ALTO	quadrimestral	semestral	bimestral	anual
MUITO ALTO	trimestral	quadrimestral	trimestral	anual

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

Periodicidade das avaliações na UBS das pessoas inscritas no programa de atenção à HAS			
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	AVALIAÇÃO		
	médica	enfermeiro	auxiliar de enfermagem
BAIXO	anual	anual	anual
MÉDIO	anual	anual	semestral
ALTO	quadrimestral	semestral	bimestral
MUITO ALTO	trimestral	quadrimestral	trimestral

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



**Foto 8** Controle de pressão arterial de usuária do Programa de Hipertensos e Diabetes pela Equipe Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

As opções terapêuticas também são baseadas nos estratos de risco. O exemplo da depressão está exposto a seguir.

Recomendação de tratamento e seguimento para pessoas com depressão de acordo com o estrato de risco		
ESTRATO DE RISCO	RECOMENDAÇÃO DE TRATAMENTO	INTERVALO DE ACOMPANHAMENTO
MODERADA (PHQ 10 – 14)	Educação, farmacoterapia OU psicoterapia.	Acompanhamento semanal inicialmente*. Se o usuário estiver respondendo, os contatos podem se tornar mensais.
MODERADAMENTE SEVERA (PHQ 15 – 19)	Educação, farmacoterapia E/OU psicoterapia.	Acompanhamento semanal inicialmente*. Se o usuário estiver respondendo, os contatos podem ocorrer a cada 2-4 semanas.
SEVERA (PHQ ≥ 20)	Educação, farmacoterapia E psicoterapia.	Acompanhamento semanal inicialmente*, até a obtenção de uma resposta terapêutica significativa. Encaminhamento para especialista pode ser justificado pelo clínico da US.

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

## Planilha de Programação da Atenção à Condição Crônica

A maioria das diretrizes clínicas da SMS apresenta uma planilha de programação da atenção. Os indicadores expostos na mesma compõem o grupo de indicadores do Plano Operativo Anual (POA). Esse plano embasa a programação das equipes de saúde das UBS na atenção das diferentes condições de saúde. A partir do monitoramento quadrimestral do POA, é possível fazer adequações dos programas nos diferentes níveis da gestão (local, distrital e central). Na revisão das diretrizes, houve a inclusão de novos indicadores.

Planilha de programação da atenção à DM2 na UBS		
Indicador	Parâmetro	População-alvo
Cobertura de Inscrições para DM2.	Realizar inscrição de 100% das pessoas com DM2 SUS dependentes residentes na área de abrangência da UBS.	11% da população acima de 40 anos residentes na área de abrangência (IBGE) da UBS e SUS dependente (% local).
Concentração de consultas médicas/enfermagem e atendimentos de enfermagem para pessoas com DM2 de acordo com o estrato de risco.	Realizar consultas médicas / enfermagem e atendimentos de enfermagem de acordo com o risco, conforme preconizado na diretriz.	Pessoas inscritas no Programa de DM2.
Concentração de avaliações e exames laboratoriais realizados para pessoas com DM2.	Realizar exames laboratoriais para 100% das pessoas com DM inscritas no programa, conforme preconizado na diretriz: - Parcial de urina (1/ano), - Creatinina (1/ano), - Microalbuminúria (1/ano) - Colesterol total, LDL e HDL-col e triglicérides (1/ 1 ou 2 anos). - Hemoglobina glicada (2/ano). - Fundoscopia – 1/ano - LPS – 1/ano - Avaliação da saúde bucal – 1/ano	Pessoas com DM2 inscritas no Programa.
Percentual de portadores de DM2 rastreados para depressão.	Realizar rastreamento anual com PHQ 2 em 100% dos portadores de DM2 que não estão atualmente em tratamento para depressão.	Pessoas com DM2 inscritas no Programa e que não estejam em tratamento atual para depressão.
Percentual de portadores de DM2 fumantes encaminhados para abordagem intensiva para cessação do tabagismo.	Encaminhar para a abordagem intensiva para cessação do tabagismo os fumantes que na abordagem mínima responderam que desejam parar de fumar.	Pessoas com DM2 inscritas no Programa, fumantes e com desejo de parar.
Percentual de portadores de DM com obesidade encaminhados para o Grupo de Reeducação Alimentar.	Encaminhar os portadores de DM2 com obesidade e que ainda não participam dos grupos, 1 vez ao ano aos grupos de reeducação alimentar.	Pessoas com DM2 e IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> se 20 a 59 anos ou $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> se 60 anos e mais.
Percentual de portadores de DM2 com hemoglobina glicada na meta.	Alcançar a meta de hemoglobina glicada (< 7%) para 60% ou mais dos portadores de DM2.	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com LDL-colesterol na meta.	Alcançar a meta lipídica (< 100 mg/dL) para 60% ou mais dos portadores de DM2.	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com PA na meta.	Alcançar a meta de PA para 60% ou mais dos portadores de DM2 (130x80 mmHg)	Pessoas com DM2 inscritas no programa
Percentual de portadores de DM2 com excesso de peso que obtiveram 10% de redução de peso no ano	Aumento percentual	Pessoas com DM2 inscritas no programa e com excesso de peso
Percentual de portadores de DM2 que praticam atividade física regularmente	Aumento percentual	Pessoas com DM2 inscritas no programa

Fonte : Mendes, 2009 (2); Cartão Saúde.

## Implantação das diretrizes clínicas

As estratégias de implantação das diretrizes englobam a capacitação das autoridades sanitárias locais e dos integrantes das equipes de SF das UBS (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal), dos NAAPS (fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, profissionais de educação física e nutricionistas) assim como das equipes dos Distritos Sanitários, da gestão de programas estratégicos da SMS e dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde. O processo pedagógico baseia-se em metodologias ativas de aprendizagem, desenvolvimento de habilidade clínica e matriciamento com especialistas e médicos de família nas UBS.



# Construindo a estratégia do Autocuidado Apoiado

**Ana Maria Cavalcanti**  
**Claudia Schneck de Jesus**  
**Soriane Kieski Martins**

O Autocuidado Apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio com o intuito de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. Engloba a elaboração de metas e o acompanhamento periódico desse processo de mudança, com foco no reconhecimento de problemas e na elaboração de solução para os mesmos (52).

As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar 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 esse processo caracterizam o Autocuidado Apoiado. Essa tecnologia é potencialmente mais custo-efetiva para portadores de condições crônicas estratificadas como de risco baixo ou moderado e pode levar ao uso mais efetivo de recursos profissionais (9).

As intervenções educacionais englobam duas dimensões. No âmbito da condição crônica, é importante que as pessoas conheçam a mesma e saibam quais são as metas do cuidado e as possibilidades de tratamento. No âmbito do cuidado, é preciso compreender que a mudança de comportamento é processual e que existem estratégias efetivas para a concretização da mesma. Reconhecer e lidar com a ambivalência, elaborar um plano de ação, resolver problemas do cotidiano, enfrentar situações de risco e manter o foco na mudança são algumas das habilidades que precisam ser desenvolvidas, treinadas e apoiadas.

Para a equipe de saúde, é fundamental reconhecer o contexto pessoal, cultural e político como dimensões importantes na dinâmica de mudança de comportamento. Dessa maneira, estabelece-se uma relação ética onde a valorização do outro, da sua história de vida e da sua capacidade em resolver seus problemas é

considerada. Com o apoio dos profissionais de saúde, o usuário é quem decide quais comportamentos quer adotar naquele momento e elabora um plano de ação para isso. Por isso, o papel da equipe de saúde é de favorecer e apoiar o processo de mudança e não de dirigi-lo. 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 integral em saúde.

## Contextualização

Durante as capacitações das equipes de saúde relativas à atenção às condições crônicas como diabetes e hipertensão, comentários sobre a não adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso e às mudanças no estilo de vida eram frequentes. Frases como “eles não querem mudar”, “não adianta ajudar quem não quer ser ajudado”, “é muito difícil convencê-los” ou “eles não seguem o que prescrevemos” eram proferidas inúmeras vezes. A frustração e a desmotivação dos profissionais de saúde também eram evidentes.

Na revisão da literatura para a elaboração da diretriz clínica de DM2 da SMS Curitiba, as publicações do *Diabetes Prevention Program* (53) levantaram alguns questionamentos. Nesse estudo multicêntrico, intervenções sobre o estilo de vida propiciaram o alcance e a sustentação da perda de 7% do peso corporal de pessoas com excesso de peso e pré-diabete e a consequente redução de 58% da probabilidade de desenvolver DM2. Essas intervenções baseavam-se em estratégias de autogestão do comportamento com definição de metas, automonitoramento, plano de ação, identificação e resolução de problemas; apoio individualizado e contato frequente com um gestor do cuidado; abordagens motivacionais e oportunidades de reinício. Elas seriam efetivas e viáveis na APS? Poderiam ser replicadas em outros comportamentos? Vários estudos demonstravam que sim (54) (55) (56) (57) (58).

Surgia, naquele momento, um projeto do Centro de Informação em Saúde (CIS) que previa a capacitação da equipe multiprofissional da APS em tecnologias de mudança de comportamento. Entre 2008 e 2009, mais de 90 profissionais

de saúde de diferentes categorias (cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e técnicos em saúde bucal) participaram de oficinas de abordagem motivacional para mudança de estilo de vida. Nessas oficinas, temas como o modelo cognitivo, estágios de motivação para mudança de comportamento, entrevista motivacional, resolução de problemas e prevenção de recaída foram abordados. Os exercícios propostos pelos coordenadores das oficinas levaram os participantes a refletirem sobre suas próprias questões como prioridades na vida, coerência entre comportamentos atuais e prioridades, comportamentos necessários, ambivalências, balança de decisão, distorções cognitivas, entre outros.

No mesmo período, aconteciam as oficinas de reeducação alimentar nas UBS, conduzidas pelos nutricionistas dos Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde (NAAPS). Essas oficinas, compostas por seis encontros quinzenais (em média), contavam com o apoio de outros integrantes das equipes dos NAAPS e das UBS. Os roteiros dos encontros, elaborados por uma equipe de nutricionistas da APS e da Coordenação de Alimentação e Nutrição do CIS, foram adaptados a partir das oficinas de abordagem motivacional.

Essa experiência resultou na elaboração de um caderno de exercícios que auxiliasse as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis e de um manual para a qualificação das equipes de saúde na abordagem dessas pessoas. Esse manual era composto por três partes: referencial teórico, utilização do caderno de exercícios e relato da oficina de reeducação alimentar.

## **Desenho de intervenção do Autocuidado Apoiado no Laboratório de Intervenções em Atenção às Condições Crônicas (LIACC) em Curitiba**

Na construção das intervenções do LIACC em Curitiba, o grupo temático responsável pelas tecnologias de mudança de comportamento, além de revisar a literatura sobre o tema, iniciou as adaptações do manual e do caderno anteriormente mencionado. Paralelamente, os grupos temáticos de Autocuidado Apoiado

e Desenho do Modelo de Prestação de Serviços procediam à revisão da literatura e das diretrizes clínicas das condições crônicas escolhidas para o Laboratório.

Com a fusão dos grupos temáticos, a proposta de Autocuidado Apoiado apresentada gerou questionamentos sobre sua viabilidade de implantação nas UBS. Os próprios integrantes do grupo condutor resolveram testá-la para avaliar suas potencialidades e limitações. Cada um pensou sobre seus objetivos de vida, escolheu dois comportamentos saudáveis que gostaria de adotar, avaliou o grau de interesse e confiança e elaborou um plano de ação. A etapa seguinte foi o sorteio de quem apoiaria quem processo de mudança. Periodicamente, esse apoiador entrava em contato (pessoal, por telefone ou *e-mail*) para acompanhar a execução do plano e o alcance das metas preestabelecidas.

Nesse ínterim, um grupo de profissionais da UBS Alvorada foi convidado a ler o texto elaborado sobre Autocuidado Apoiado e, num momento subsequente, o protótipo do manual do profissional. As impressões do grupo foram discutidas em conjunto e as adaptações necessárias na proposta de autocuidado foram feitas. Os representantes da UBS responsabilizaram-se por compartilhar os textos com suas equipes.

Integrantes do grupo condutor participaram de reuniões na UBS Alvorada com todos os membros das equipes de saúde da família. Foi realizada a contextualização do LIACC em Curitiba e era perceptível a ansiedade da maioria em relação ao impacto da intervenção no processo de trabalho. Com a apresentação da proposta do Autocuidado Apoiado, surgiram muitas dúvidas. Se por um lado havia o alívio de compartilhar a responsabilidade com o usuário, por outro, havia a ansiedade em relação a como auxiliá-lo a mudar e apoiá-lo no processo.

A equipe de saúde da UBS foi convidada, então, a exercitar a proposta. Reunidas em subgrupos, as pessoas escreveram o que lhes motivavam, quais eram os seus projetos de futuro, e compartilharam com as demais. Escolheram, então, um comportamento saudável que precisavam assumir para alcançarem seus objetivos e que gostariam de adotar no momento. Pactuaram metas com

grau de confiança de realização superior a 70% e elaboraram um plano de ação a ser aplicado até o próximo encontro.

As observações dos membros do grupo condutor do LIACC e das equipes da UBS Alvorada ilustravam os diferentes estágios de motivação para a mudança. Alguns relatavam experiências bem-sucedidas ou processos já iniciados, outros comentavam sobre seus planos e desejos de mudar, enquanto alguns nem consideravam a possibilidade ou a necessidade de mudar. Os próprios participantes reconheciam a ambivalência e traziam ideias de como lidar com ela.

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

A resistência de alguns em mudar seu processo de trabalho era esperada. Tanto o grupo condutor quanto o gestor local precisavam aprender a aceitar a resistência e utilizar tecnologias efetivas de abordagem das mesmas. A modelagem utilizada nas intervenções na UBS piloto contribuiu para esse exercício. Grupo condutor e equipe de saúde aprenderam, juntos, a lidar com a resistência e reconhecer a potência das tecnologias escolhidas. Aqueles menos resistentes iniciaram as pactuações com alguns usuários e, com os resultados observados, incentivaram seus colegas.

## **Proposta de sistematização do Autocuidado Apoiado**

A proposta de Autocuidado Apoiado apresentada para a UBS Alvorada preconizava, inicialmente, a utilização da Técnica dos Cinco A's. A técnica sistematiza a atuação da equipe frente à adoção de comportamentos novos pelo usuário. Para isso, é necessário o reconhecimento das intervenções mais efetivas de acordo com a fase do processo de mudança.

Técnica dos cinco A's	
AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias da pessoa sobre seu estilo de vida e sua condição de saúde assim como o grau de motivação e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida. Forneça informação à medida que a pessoa relata o que sabe sobre sua condição e quais dúvidas têm sobre a mesma. Verifique o que ela entendeu das recomendações feitas, oriente e treine as habilidades necessárias para situações específicas.
ACORDE (PACTUE)	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo. Avalie o grau de confiança em alcançar a meta, considerando o contexto.
ASSISTA	Dê assistência ao processo de mudança – auxilie no planejamento, na elaboração e adequações dos planos de ação; treine habilidades como a resolução de problemas, o automonitoramento e a prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais, em intervalos curtos, elaborando com a pessoa as adequações do plano de ação e pactuando novas metas.

Fonte: adaptado de Russell *et al.* 2006 (59).

Todos os profissionais de saúde precisam ter em mente que o portador da condição crônica é quem:

- Decide o que quer fazer no momento, ou seja, escolhe quais os comportamentos que ele quer assumir.
- Estabelece alternativas para a adoção de novos comportamentos.
- Elabora um plano de ação de curto prazo.
- Implanta o plano de ação e monitora os resultados.
- Faz as adequações necessárias do plano de ação.
- Valoriza os resultados alcançados, mesmo que parciais.

No entanto, o papel da equipe de saúde é apoiá-lo nesse processo. Para a tomada de decisão, a equipe pode auxiliar a pessoa a avaliar seu grau de interesse (0 a 10). Assim, é possível avaliar o quanto a pessoa está interessada em adotar os comportamentos-alvo no momento. Quanto menor o grau de interesse, maior a ambivalência frente ao comportamento. Por isso, é recomendável que os comportamentos de maior interesse sejam escolhidos para a pactuação.

À medida que a pessoa avança no processo, outros comportamentos-alvo podem ser adotados. Técnicas como a Tomada de Decisão podem ser utilizadas

para comportamentos-alvo cujo grau de interesse é baixo. Dessa maneira, a própria pessoa pensa sobre as razões para adotar ou não esse comportamento, considerando a coerência entre o seu comportamento atual e seus objetivos de vida. O quadro a seguir exemplifica a matriz decisória utilizada para auxiliar na Tomada de Decisão frente aos comportamentos.

TOMADA DE DECISÃO	
COMPORTAMENTO	
VANTAGENS (RAZÕES PARA MUDAR)	
DESVANTAGENS (RAZÕES PARA NÃO MUDAR)	

O apoio à elaboração do plano de ação para a adoção dos comportamentos pactuados é uma estratégia de desenvolvimento de habilidade. O profissional de saúde, em parceria com o usuário, pode avaliar o quanto o plano é específico e realista e qual é o grau de confiança (0 a 10) para sua execução.

O grau de confiança mostra o quanto a pessoa acredita ser capaz de alcançar seus objetivos e sustentá-los. Para isso, ela precisa avaliar o esforço necessário para agir diferente. Logo após a pactuação, é fundamental dar uma nota de 0 a 10 para a confiança em conseguir executar o plano, onde 0 significa estar pouco ou nada confiante e 10 significa estar muito confiante. Por isso, o usuário deve pensar no seu dia a dia e avaliar fatores como as adaptações na rotina, o esforço gasto, o custo e a necessidade de apoio de outras pessoas.

Um grau de confiança inferior a 7 indica que é preciso adequar o plano ou repactuar o comportamento.

## **Instituição do Autocuidado Apoiado com os usuários da UBS Alvorada**

A equipe de saúde foi orientada a iniciar o Autocuidado Apoiado com os portadores de DM2 e HAS, à medida que os mesmos passavam por consulta médica, odontológica, de enfermagem ou nas atividades com os profissionais dos NAAPS. Os passos para tanto eram:

- a. Avaliar a capacidade de autocuidado pelo usuário.
- b. Oferecer o apoio ao autocuidado e registrar o desejo do usuário de ser monitorado pela equipe de saúde.
- c. Pactuar, na consulta ou durante as atividades do Cuidado Compartilhado, os comportamentos-alvo e atividades:
  - Auxiliar o usuário na escolha, considerando necessidade (indicadores de saúde) e disponibilidade dele (o que ele considera viável e prioritário).
  - Escolher inicialmente um ou dois comportamentos-alvo a serem adotados, baseado no grau de interesse: prática regular de atividade física; alimentação saudável; manejo do estresse; uso de medicamentos conforme prescrito pelo médico ou dentista; cessação do tabagismo, do uso de álcool ou outras drogas.
  - Definir as atividades necessárias para o novo comportamento (quando necessário) e o grau de interesse para escolher duas delas para iniciar.
  - Fazer a pactuação e definir os passos do plano de ação, avaliando o grau de confiança.

- d. Anotar no prontuário – objetivos de vida (o que é importante para o usuário), comportamentos-alvo (aqueles que são necessários), pactuação, grau de interesse e confiança.
- e. Solicitar que o usuário anote, na caderneta, seus objetivos, a pactuação feita, o grau de interesse e de confiança.

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

**UBS:**

**NOME:**

**Profissional de referência:**

**CONTRATO**

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

Curitiba, .....

(assinatura)

**O QUE É IMPORTANTE PARA MIM**

**COMPORTAMENTOS-ALVO**

DATA	Interesse	Confiança	PACTUAÇÃO							

- f. Fazer a assinatura do contrato.
- g. Encaminhar para atendimento de enfermagem para dar início ao monitoramento.
- h. Monitorar o processo durante o Cuidado Compartilhado, seguindo o roteiro de entrevista, e explorar a criatividade do grupo para auxiliar na resolução dos problemas comuns.

O quadro abaixo apresenta o roteiro proposto para condução de entrevista de apoio ao autocuidado.

Roteiro de entrevista para Apoio ao Autocuidado
<p>Apresentar-se e perguntar como está.            Quais eram as suas metas?            Peça para que a pessoa comente como foi o período (semana).            O que conseguiu realizar? Ótimo, então persista.            O que não conseguiu realizar?            Quais dificuldades/problemas enfrentou?            Como tentou resolver a dificuldade xxxxx? Funcionou ou não?            - Se funcionou, persista nessa solução durante a próxima semana.            - Se não funcionou, o que poderia tentar agora? Tente aplicar essa solução nessa semana.            - Quer sugestões de como resolver? Podemos tentar .....? Experimente durante esse período.            Precisa de alguma outra orientação? Estamos à disposição na UBS.            Até o próximo contato.</p>

Para o monitoramento conjunto do plano de ação pela equipe de saúde e pelo usuário, foi preconizado aos auxiliares de enfermagem e aos técnicos de saúde bucal (TSB):

- a. Iniciar o monitoramento da pactuação feita com o enfermeiro, o médico, o dentista ou outro profissional do NAAPS.
- b. Preencher inicialmente a Planilha de Autocuidado Apoiado e solicitar que o usuário assine a mesma, como um contrato.
- c. Monitorar periodicamente (7 em 7 ou 15 em 15 dias) os usuários de sua microárea que aceitaram o apoio ao autocuidado, nos primeiros 6 meses, por telefone ou visita domiciliar (intercalar com as reuniões de Cuidado Compartilhado e com os outros contatos do usuário com a UBS). Seguir o roteiro de entrevista.
- d. Registrar, na Planilha de Autocuidado Apoiado, os contatos feitos com o usuário colocando a data e as siglas T – realizou a tarefa totalmente no período, P – realizou a tarefa parcialmente e N – não realizou a tarefa. Verificar o grau de confiança e interesse para a realização das tarefas no próximo período e anotar.

- e. Quando necessário, repactuar comportamentos-alvo, atividades e planos de ação. Anotar na Planilha de Autocuidado Apoiado a repactuação e a sigla R. Verificar o grau de confiança e interesse das novas tarefas.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA										ANO	
PLANILHA DE AUTOCUIDADO APOIADO											
UNIDADE DE SAÚDE:				ÁREA:		MICROÁREA:		PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO AUTOCUIDADO:			
NOME:				FONE:		OBJETIVOS DE VIDA:					
RESUMO DA PACTUAÇÃO	Interesse (0 a 10)	Confiança (0 a 10)	DATA								

(Realizado totalmente - T, Parcialmente - P, Não realizado - N) / (Repactuado - R)

- f. Após seis meses, o espaçamento de monitoramento pode ser maior, de acordo com a capacidade do usuário em manter os comportamentos-alvo. Outros comportamentos-alvo podem ser pactuados agora e o monitoramento dos mesmos pode ser semanal ou quinzenal no próximo período de seis meses.

O objetivo do monitoramento é manter o foco da equipe e do usuário no processo de mudança e proceder às adequações necessárias para aumentar a

autoeficácia de todos os envolvidos no processo (sentimento de valor próprio, adequação, eficácia e competência no enfrentamento de problemas). O papel do profissional de saúde é o de auxiliar a pessoa a observar ativamente seus comportamentos-alvo, identificar e manejar situações de risco associadas a deslizes e recaídas e utilizar estratégias de prevenção dos mesmos.

Ao analisar as situações de risco, é possível identificar o que funcionou ou não no enfrentamento das mesmas. A orientação é de manter o que funcionou e pensar em formas alternativas para o que não funcionou, utilizando técnicas de resolução de problemas. Desenvolver a proatividade e planejar como atuar nas próximas situações de alto risco (o que dizer, como evitar, como se comportar, com quem contar) aumenta a chance de sustentação do novo comportamento.

## **A experiência do Autocuidado Apoiado no Cuidado Compartilhado**

As três equipes de SF da UBS Alvorada implantaram o Autocuidado Apoiado nas atividades de Cuidado Compartilhado desenvolvidas com os usuários das suas microáreas. De maneira geral, os usuários, dispostos em rodas de conversa, dialogaram sobre o que era importante para ter uma vida saudável e quais mudanças poderiam melhorar sua qualidade de vida. Temas como autoestima, manejo do estresse, alimentação saudável, prática de atividade física e uso de medicamentos surgiram nos diferentes grupos.

A equipe de saúde dialogou sobre a importância do autocuidado e da elaboração de um plano de ação para a adoção de comportamentos saudáveis. Em subgrupos, pelo menos um profissional de saúde orientava as pactuações e registrava-as nas planilhas de autocuidado. Os usuários compartilhavam sugestões e auxiliavam na tomada de decisão para as metas iniciais (mesmo sendo o primeiro contato da maioria com essa tecnologia). Aqueles que já haviam iniciado o processo na consulta individual relataram sua experiência. A resistência em pactuar novos comportamentos, as dificuldades em realizar o autocuidado, os

boicotes ao processo e as estratégias para melhorar a qualidade de vida foram abordados nos encontros.

Algumas dificuldades levantadas pela equipe de saúde foram: como fazer a pactuação, como não ser PRESCRITIVO, como lidar com a resistência, como reconhecer o estágio de motivação para a mudança, necessidade de maior embasamento teórico sobre as tecnologias de mudança de comportamento, utilização das planilhas e dificuldade de entendimento do processo por parte dos usuários, entre outras. Entretanto, o entusiasmo dos usuários já envolvidos no processo motivou alguns membros da equipe de saúde e fortaleceu o sentido de união da mesma. A participação dos profissionais dos NAAPS também foi bastante valorizada.

Um dos principais objetivos do trabalho da equipe de saúde no Autocuidado Apoiado é o de respeitar a autonomia das pessoas e fortalecer o grau de confiança nelas mesmas para lidar com o cotidiano. Ao mesmo tempo, esse é também o objetivo do grupo condutor frente à educação dos profissionais das equipes de saúde: respeitar a autonomia das equipes e aumentar sua autoeficácia para a atenção aos portadores de condições crônicas da sua área de abrangência.



**Foto 9** Profissionais da Equipe Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

# O Cuidado Compartilhado (CUCO)

*Ademar Cezar Volpi*

*Ana Maria Cavalcanti*

*Angela Cristina Lucas de Oliveira*

*Camila Ament Giuliani dos Santos Franco*

*Gustavo Pradi Adam*

*Soriane Kieski Martins*

## Contextualização

No processo de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) em Curitiba, trabalho em grupo é uma rotina há bastante tempo. Hoje, o universo de atividades coletivas é amplo, englobando ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou suas complicações. Exemplos dessas ações são os grupos de reeducação alimentar, atividades físicas orientadas por profissionais de educação física, oficinas de gestante, oficinas de postura, FISIOQUALITI, saúde bucal, abordagem intensiva para cessação do tabagismo, entre outros.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Melito tipo 2 (DM2), além das consultas e atendimentos individuais com a equipe da APS, praticamente 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) desenvolvem ações e atendimentos em grupo. Conhecidas comumente como “dia do programa de hipertensão e diabetes”, essas ações variam de uma UBS para outra. Na maioria delas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem fazem anamnese rápida, aferição de indicadores como pressão arterial e peso corporal, solicitação de exames preconizados nas diretrizes clínicas, dispensação de medicamentos prescritos e orientações gerais de saúde. Quando necessário, os usuários são encaminhados para consulta médica individual no mesmo dia. Em alguns momentos, outros profissionais da UBS ou dos Núcleos de Apoio em Atenção Primária à Saúde – NAAPS (nutricionista, psicólogo, educador físico, fisioterapeuta ou farmacêutico) participam dessas ações coletivas de educação em saúde, realizando palestras.

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

Quanto à atuação dos profissionais de saúde, as diretrizes clínicas elaboradas na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) assumem uma função educacional. As informações contidas nas mesmas embasam a sistematização da atenção às condições crônicas pelas equipes. Ao estabelecerem objetivos e metas do plano de cuidado, as diretrizes evidenciam o foco da atenção multiprofissional. Apesar disto, nem todas as equipes apropriam-se das mesmas. Esse contexto ressalta a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, centrado nas suas necessidades e interesses, por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

## **Desenho da Intervenção do Cuidado Compartilhado**

Com a fusão dos grupos temáticos do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas (LIACC), o grupo condutor assumiu a tarefa de propor um novo modelo de prestação de serviço para as condições crônicas eleitas. Esse deveria delinear principalmente a modalidade de Atendimento em Grupo. A literatura relatava experiências sobre esse tipo de atendimento mas, ao considerar a heterogeneidade das equipes e dos espaços da APS no município, o grupo não conseguia vislumbrar a sua aplicação nas UBS. Dessa maneira, optou-se pela elaboração e implementação do modelo com a participação de alguns membros da equipe de saúde da UBS Alvorada.

O primeiro desafio foi o de “batizar” a tecnologia do Atendimento em Grupo com um nome que a diferenciasse das ações coletivas já desenvolvidas nas UBS. Surgiu, então, o nome “Cuidado Compartilhado” onde “cuidado” enfocava

a atenção contínua às condições crônicas e “compartilhado” caracterizava o processo colaborativo entre usuário, familiares e os vários profissionais da APS. O acrônimo CUCO, usado para apelidar essa tecnologia, faz alusão ao relógio que sinaliza periodicamente a passagem do tempo com o som do pássaro. Uma estratégia de cuidado que simbolicamente remete à representação de um sinal de alerta repetitivo e periódico, uma permanente lembrança para o cuidado em saúde.

Representantes da equipe de saúde da UBS e do NAAPS participaram da construção da proposta inicial a ser implementada. Textos relativos ao CUCO, às diretrizes clínicas e às formas de abordagem do Autocuidado Apoiado no CUCO embasaram a discussão do grupo sobre sua aplicabilidade inicial e as estratégias de implantação.

## **Proposta de Sistematização do CUCO**

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

Consiste numa ferramenta de trabalho voltada à mudança de comportamento da equipe de saúde e dos usuários. Cada reunião inicia-se a partir das dúvidas, questionamentos e vivências dos participantes em relação à sua condição crônica. Ao compartilhar soluções de problemas para o alcance das suas metas, as pessoas estreitam seus laços de amizade e aprendem umas com as outras. As atividades são estruturadas de tal forma que a participação de novos membros no grupo pode ocorrer a qualquer momento.

Aspectos gerais podem orientar a condução dessa estratégia de inovação da atenção:

## Formação dos grupos

É recomendável que os grupos sejam formados por 20 a 30 portadores de condições crônicas HAS e DM, de uma determinada microárea.

A equipe de saúde elabora os convites a serem entregues nas atividades individuais e coletivas da UBS ou nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os convites informam a data e o local do encontro assim como os profissionais da equipe de saúde que estarão presentes.

## Organização das reuniões

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

A equipe de saúde, com a lista de participantes em mãos, levanta os indicadores do plano de cuidado de cada um deles. Dessa maneira, é possível identificar quais metas não foram alcançadas pela maioria e quais são os encaminhamentos necessários.

A planilha a seguir exemplifica a forma de registro das informações que apoiam a condução dos encontros pelas equipes locais.

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

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

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



## Estrutura das reuniões

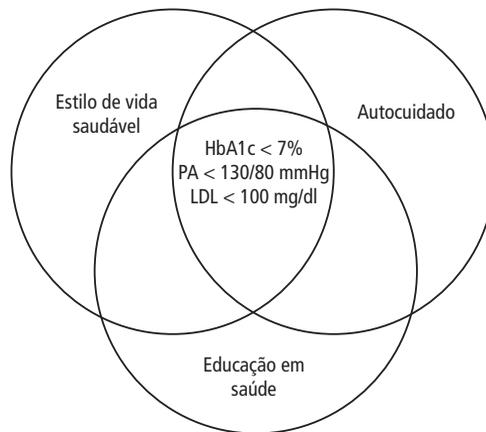
As reuniões dividem-se em dois momentos:

### Momento 1:

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

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

## Exemplo de metas da atenção ao portador de Diabetes melito



Fonte: Cavalcanti e Oliveira, 2012 (60)

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

As pessoas são estimuladas a expor suas potencialidades e dificuldades, trocar experiências entre si e relatar suas percepções em relação ao cuidado de si mesmas. Aquelas que fizeram pactuações anteriores podem comentar seus resultados. À medida que os problemas são relatados, o grupo é convidado a eleger pelo menos um, de preferência comum à maioria, para exercitar as possibilidades de solução em conjunto.

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

## Resolução de problemas

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

A etapa seguinte compreende a elaboração de estratégias de solução. A Técnica de Resolução de Problemas pode ser útil nesse momento. As estratégias de resolução de problemas têm como principal objetivo desenvolver a habilidade das pessoas em lidar com situações difíceis, solucionando-as por meio de um conjunto de respostas efetivas que estejam ao seu alcance. A técnica se propõe a fazer com que o grupo se capacite a:

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

Assim, num primeiro momento, todas as soluções potenciais devem ser exploradas. O próximo passo consiste na avaliação da viabilidade e efetividade de cada solução. Para isso, as informações sobre os recursos pessoais e sociais precisam ser levantadas e organizadas.

Questões como quem poderia ajudar, de que forma, onde, quando, em que momento, o que é preciso, resultados de experiências anteriores, o quanto essa

solução depende de si mesmo ou está fora de sua governabilidade, vantagens (prós) e desvantagens (contras) entre outras compõem o processo. Essa análise favorece a escolha de quais soluções implementar, assim como a elaboração de um plano de ação com tarefas predeterminadas e a alocação de recursos necessários para a execução do mesmo.

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

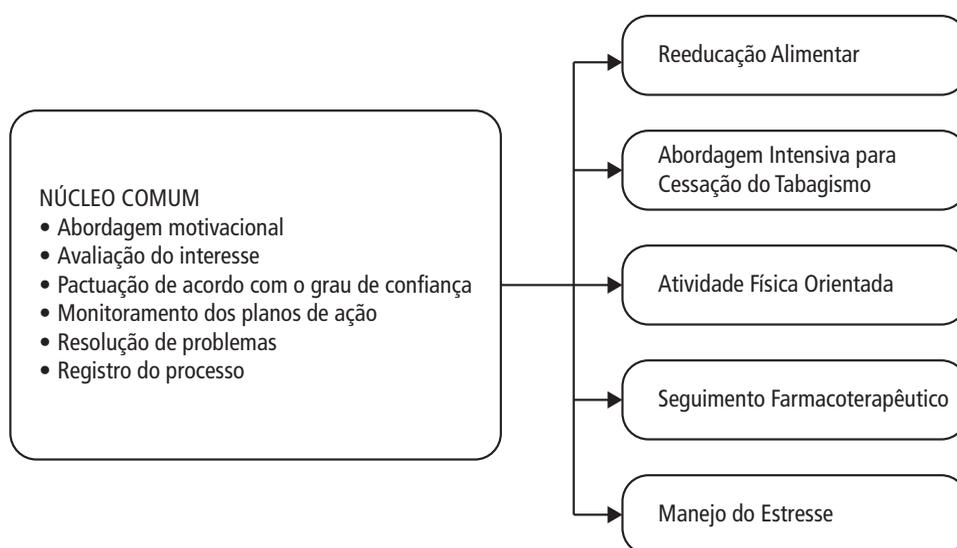
Com essas informações disponíveis, é possível verificar se as soluções são efetivas ou não para o alcance das metas e objetivos propostos. Na avaliação do processo, observa-se o que funcionou ou não e a identificação dos aspectos positivos e negativos, quais empecilhos surgiram, o que se imaginava e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

## **Momento 2:**

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

Com o histórico dos usuários (resultado de exames, intercorrências, plano de autocuidado pactuado) em mãos, é possível elaborar ou repactuar o plano

de autocuidado de forma colaborativa. As pessoas podem ser encaminhadas para outros grupos de atenção à saúde da UBS (redução alimentar, manejo do estresse, abordagem intensiva para cessação do tabagismo, seguimento farmacoterapêutico) e para avaliações ainda não realizadas como fundoscopia, planejamento familiar, saúde bucal, por exemplo. Quando necessário, é possível prescrever, solicitar exames e encaminhar para outras ações específicas de cada profissional. O quadro a seguir sintetiza esse processo.



### Implantação do CUCO na UBS Alvorada

No contato inicial entre os integrantes do LIACC e um pequeno grupo de profissionais da UBS Alvorada foram estudados e discutidos textos bases para o entendimento do CUCO, construindo a melhor forma de levá-lo para a UBS, bem como estabelecendo os indicadores de monitoramento das metas.

Após essa primeira aproximação ao tema, realizou-se encontros entre os membros do Centro de Informação em Saúde (CIS) da SMS e profissionais da UBS Alvorada no espaço da própria UBS. Nesse encontro foram apresentados para

esses profissionais (cirurgião-dentista, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista e psicólogo) os conceitos e a contextualização do CUCO, sendo entregue referencial teórico para aprofundamento no tema do cuidado compartilhado e do autocuidado apoiado.

No segundo encontro, realizado com os mesmos participantes, também na UBS, discutiu-se principalmente a metodologia de aplicação do autocuidado, sendo apresentados também os indicadores para monitoramento das metas, discutido sua aplicabilidade inicial, bem como estratégias para sua implantação prática.

No encontro seguinte foram discutidas as formas de abordagem, não somente para o CUCO, como também para o autocuidado apoiado, com todos os profissionais das equipes. A UBS já estava passando por capacitações e por reformulações na forma em que conduzia seus grupos. A psicóloga do NAAPS realizou trabalho prévio conversando com os profissionais da equipe, discutindo sobre a metodologia das rodas de conversa.

Paralelamente foram realizadas capacitações com enfermeiros, fisioterapeutas e médicos sobre o exame do pé em pacientes com diabetes. A nutricionista do NAAPS abordou assuntos relacionados à alimentação saudável com toda as equipes SF da UBS. A UBS já realizava a abordagem intensiva para cessação do tabagismo, porém o LIACC reforçou a necessidade de incorporar essa metodologia à prática diária das equipes.

Unindo o trabalho que a equipe já estava realizando com a discussão de uma nova forma de abordagem dos grupos, as novas perspectivas de acompanhamento e metas e a classificação de risco já utilizada pela SMS, estabeleceu-se as bases para aplicação do CUCO. Cada equipe SF da UBS optou por realizar o CUCO em um dia predeterminado seguindo as sugestões propostas no LIACC.

Foram realizados três grupos inicialmente, um para cada equipe SF, e todos foram acompanhados por integrantes do grupo condutor. Estabeleceu-se que deveriam ser realizadas rodas de conversa inicialmente para, em seguida, serem pactuadas as metas do autocuidado apoiado.

Os atendimentos compartilhados do CUCO tiveram duração entre 50 minutos e 1 hora e 30 minutos, contando com 30 a 40 participantes. Participaram os auxiliares de enfermagem, os médicos, os enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os profissionais do NAAPS participaram conforme a disponibilidade, tendo em vista que não são exclusivos da UBS Alvorada, o que motivou uma discussão local sobre a importância da participação dos integrantes do NAAPS nos próximos encontros.

No primeiro atendimento do CUCO realizado, iniciou-se o encontro com a fala da médica e da enfermeira solicitando para os usuários que manifestassem sua percepção sobre como manter uma vida saudável e como manter o autocuidado. Nesse momento, a participação dos usuários foi parcial, tendo em vista que as mudanças são realizadas de forma gradual, tanto para a equipe de saúde quanto para as pessoas usuárias. Após essa etapa, foram realizadas as pactuações das metas do autocuidado e atendimentos individuais. Ao término da atividade houve a avaliação do CUCO com os integrantes do grupo condutor e os profissionais da UBS, sendo discutidas algumas técnicas de condução de grupos, bem como técnicas de resolução de problemas.

A experiência com outra equipe local, no dia seguinte, já demonstrava maior apropriação das estratégias de condução dos grupos pelos profissionais, quando os mesmos utilizaram técnicas já abordadas nas sessões anteriores, levando a roda de conversa de forma mais participativa, discutindo quais as questões que os usuários acreditavam ser fundamentais alterar em suas rotinas diárias para garantir o bom controle de suas condições crônicas.

A terceira equipe SF trabalhou o CUCO utilizando técnicas do “círculo de cultura” proposta por Paulo Freire, estabelecendo com os usuários uma forte parceria. A técnica do círculo de cultura baseia no diálogo e na discussão de diversos temas para possibilitar a troca de informações e aprendizagem entre as pessoas, levando-as a refletirem sobre suas realidades (61).

Segundo Góis (62), Círculo de Cultura representa “o modo como as pessoas estão sentadas fazendo a palavra “circular” por entre todas, estando cada uma

em pé de igualdade para falar e ouvir atentamente. Cultura, porque todos ali têm um conhecimento e uma experiência de vida, fazem parte daquele lugar; pensam, agem, criam e têm algo a dizer para os outros, contribuindo para o conhecimento coletivo e a transformação da realidade”.

Assim, os usuários falaram sobre suas dificuldades em realizar o autocuidado, trocaram experiências sobre como ocorrem os “boicotes”, como alguns conseguiram criar estratégias para melhorar sua qualidade de vida. Discutiram sobre o que motiva cada um e como isso influenciaria sua saúde, abrindo caminho para o autocuidado apoiado.

As três ESF apontaram dificuldade em utilizar as técnicas de resolução de problemas, mas destacaram que, mesmo sem se sentirem completamente capacitados, perceberam que os usuários se sentiram mais motivados e que a equipe estava mais unida, levantando a importância da participação dos profissionais do NAAPS em todos os encontros.

Evidencia-se, portanto, a adequação dessa abordagem no atendimento coletivo proposto pelo CUCO na experiência em Curitiba. Assim, “a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de condições crônicas” (11), favorecendo o papel dos profissionais e das pessoas usuárias na construção de estratégias de cuidado.

## **Metas para controle das condições crônicas no CUCO**

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

Historicamente, a SMS de Curitiba estabeleceu indicadores de saúde em seus protocolos clínicos desde 1999, com a primeira versão do protocolo Mãe Curi-

tibana. Esses indicadores foram incorporados pelas equipes de saúde de forma intensificada a partir da instituição do Plano Operativo Anual.

Para a realização do CUCO, foram discutidas as metas que deveriam ser utilizadas como indicadores de monitoramento do diabetes e hipertensão. Alguns estudos voltados para o monitoramento dessas condições (63) (64), propunham indicadores que incluíam o controle da hemoglobina glicada, além do controle pressórico e de colesterol. Porém, era necessário identificar metas que pudessem ser facilmente incorporadas pelas equipes de saúde, já que eram parte do rol de indicadores propostos pelas diretrizes clínicas e planos operativos anuais, conhecidos pelos profissionais. Assim, as metas estabelecidas para o acompanhamento no Cuidado Compartilhado foram definidas e são apresentadas no quadro abaixo:

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

A introdução dessas metas estabelece que, para o bom controle da HAS, por exemplo, o foco deve estar no risco cardiovascular e nas complicações crônicas que a pessoa apresenta, e não somente no nível pressórico (65) ou glicêmico. Assim sendo, mesmo em pessoas que não atingiram todas as metas, a melhora dos indicadores de saúde, mesmo que parcialmente, diminui o risco cardiovascular.

Tais parâmetros auxiliam os profissionais e as pessoas usuárias e definem metas adequadas aos contextos individuais e coletivos e factíveis de serem atingidas.



**Foto 10** Reunião para o Cuidado Compartilhado (CUCO) pela Equipe Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)



# Percepção das equipes e usuários sobre o processo de intervenção na UBS Alvorada

*Simone Tetu Moysés*

*Gerson Luiz Schwab*

*Maria Cristina Tanaka Arai*

Identificar as lições aprendidas até o momento com a implantação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas no estudo de caso da UBS Alvorada é parte da abordagem avaliativa proposta desde o início de sua implantação. Isso implica a valorização da participação e o fortalecimento dos grupos diretamente envolvidos no processo de intervenção, por meio da ação reflexiva, incluindo as equipes locais e as pessoas usuárias vinculadas aos grupos de atenção ao diabetes, hipertensão e depressão.

Buscou-se assim explorar quais resultados, fatores facilitadores e dificultadores, além das lições aprendidas, podem ter sido propiciadas pelas ações desenvolvidas até o momento nas dinâmicas estabelecidas na UBS Alvorada. Esse capítulo apresenta a abordagem metodológica utilizada para captar a percepção desses grupos e explora os principais resultados e aprendizados identificados por eles sobre o processo de implantação das ações na UBS.

## **Abordagem metodológica e procedimentos utilizados**

A coleta de informações sobre a percepção dos profissionais e usuários da UBS Alvorada sobre a implantação do modelo de intervenção para atenção às condições crônicas se deu em dois momentos.

No primeiro momento, foram utilizados os instrumentos ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas para profissionais das equipes, e PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação do Atendimento de Condições Crônicas para usuários, previamente validados. O instrumento ACIC permitiu

explorar, na perspectiva profissional e das equipes locais, dimensões da atenção às condições crônicas na UBS no início (dados de linha de base) e 7 meses após o desenvolvimento das ações do Laboratório (avaliação de processo), referentes a organização da atenção à saúde, articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão, desenho do sistema de prestação de serviços, sistema de informação clínica, e integração dos componentes do modelo de atenção às condições crônicas. Por sua vez, o instrumento PACIC permitiu uma análise da percepção dos usuários a partir do início (linha de base) e após 9 meses de implantação das mudanças no modelo de atenção sobre aspectos ligados à adesão do usuário ao tratamento, modelo de atenção e suporte à decisão, definição de metas, resolução de problemas e contextualização do aconselhamento, além de sua percepção sobre a coordenação da atenção e acompanhamento pela equipe local.

No segundo momento, a percepção dos profissionais e usuários sobre o processo de implantação das ações foi explorada qualitativamente, por meio de grupos focais, cuja dinâmica com os profissionais incluiu: i) a análise da linha do tempo sobre as estratégias desenvolvidas no período que compreendeu os primeiros 10 meses desde o aceite de participação da UBS Alvorada como estudo piloto do Laboratório de Inovações; ii) a identificação de eventos geradores, processos desencadeados e resultados das ações iniciais em desenvolvimento; iii) identificação de fatores facilitadores e dificultadores no processo; e iv) identificação das lições aprendidas até o momento. Com o grupo de usuários esse momento explorou sua percepção sobre mudanças no processo de atenção às condições crônicas por eles vivenciadas.

## **A percepção de profissionais e equipes locais**

A análise da percepção do processo de implantação do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada envolveu profissionais e equipes locais que atuam no território. A diversidade na composição e perfil dos territórios vinculados às 3 equipes locais norteou a forma com que foram coletadas as informações.

No primeiro momento, o instrumento ACIC – Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas foi respondido individualmente por três profissionais diferentes, um de cada equipe local. Participaram dessa etapa uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Com base na avaliação dessa atividade, e considerando a especificidade da organização da atenção ofertada pelas diferentes equipes dentro do território, optou-se por caracterizar a percepção de cada equipe no segundo momento de utilização do instrumento, envolvendo maior número de profissionais por equipe, respondendo o instrumento por consenso.

O quadro a seguir apresenta os resultados obtidos do ACIC nos dois momentos avaliados. Os resultados iniciais agregam a percepção individual de profissionais das equipes. Os resultados da avaliação de processo são apresentados para cada equipe, por dimensões e avaliação total.

Dimensões	Equipes	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
	Linha de base	Avaliação de processo	Avaliação de processo	Avaliação de processo
Organização da Atenção à Saúde	6,9	5,2	9,0	7,0
Articulação com a Comunidade	4,3	8,5	10,5	10,2
Autocuidado Apoiado	6,6	8,7	10,2	7,2
Suporte a Decisão	4,6	9,1	10,0	10,3
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6,5	9,3	9,6	9,5
Sistema de Informação Clínica	5,6	5,1	9,3	9,0
Integração dos Componentes do MACC	7,6	5,2	9,0	7,0
Pontuação Total da Capacidade Institucional	5,9	7,8	9,5	8,7

Interpretação dos resultados  
Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas  
Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas  
Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas  
Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas

Na avaliação das equipes locais da UBS Alvorada, a capacidade institucional para o desenvolvimento do modelo de atenção às condições crônicas, de modo geral, apresentou tendência de melhora importante desde a implantação das ações do LIACC.

Com exceção da avaliação da Equipe 1, observa-se que a tendência de melhora não ficou evidenciada somente na avaliação total da capacidade institucional, mas também em cada uma das dimensões analisadas. A tendência de piora apontada pela Equipe 1 em algumas dimensões vinculadas à capacidade institucional em desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas pode estar vinculada à saída do médico da equipe e permanência dessa situação por um período importante de tempo durante o momento avaliado, com impacto sobre a capacidade da equipe em termos de organização da atenção, disponibilidade de informação e integração de ações. Ainda assim, a avaliação dessa equipe foi mais positiva nas dimensões ligadas a articulação com a comunidade, autocuidado apoiado, suporte à decisão e desenho do sistema de serviços, aspectos mais ligados aos movimentos gerais na UBS.

As dimensões que apresentaram tendências de melhora mais importantes foram a articulação com a comunidade, o suporte à decisão e o desenho da prestação de serviços, com foco nas mudanças promovidas na programação da atenção e monitoramento das condições crônicas. Isso certamente reflete o impacto do investimento no período na introdução das estratégias de autocuidado apoiado e cuidado compartilhado (CUCO), bem como os processos de educação continuada e capacitações específicas para a atenção às condições crônicas.

A utilização do instrumento ACIC demonstrou que esse pode caracterizar-se como uma ferramenta importante que oportuniza a análise pelas equipes locais do contexto institucional e monitoramento de mudanças a partir da vivência com a introdução de inovações na atenção às condições crônicas na UBS.

## **A análise do processo de implantação das ações**

A análise pelos profissionais das equipes locais da UBS Alvorada sobre o processo de implantação das ações do LIACC foi conduzida por meio de um grupo focal. Participaram desse grupo focal sete profissionais das três equipes, incluindo enfermeira, cirurgiã-dentista, auxiliares de enfermagem e de saúde bucal, e técnicos de enfermagem.

Inicialmente, como estratégia indutora da discussão no grupo, foi apresentada a linha do tempo sobre as ações desenvolvidas no período, considerando os primeiros 10 meses desde o aceite de participação da UBS Alvorada como estudo-piloto do Laboratório de Inovações, ou seja, de maio de 2011 a março de 2012. A Figura 9 atualiza essa linha do tempo, apresentando as ações desenvolvidas na UBS Alvorada no período de maio de 2011 a julho de 2012.

**Figura 9** Linha do tempo das ações do LIACC na UBS Alvorada no período de maio de 2011 a julho de 2012

	2011											2012			
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Comitê Supervisora DS Cajuru e ASL UBS Alvorada		Reunião com equipe local Disponibilização material de apoio	Reunião com médicos, enfermeiros, dentistas – autocuidado compartilhado 1ª oficina do pé diabético Apresentação LIACC e CUCO para toda as equipes Rota de visitas com equipe técnica autocuidado apoiado Acompanhamento reuniões de grupos por equipe condutora do LIACC	Acompanhamento grupos locais autocuidado apoiado, pectuações e CUCO Participação em apresentação LIACC a UBS que serão envolvidas	Participação evento de alinhamento conceitual com todos grupo LIACC	Capacitação médicos para atenção ao diabético Disponibilização material de apoio	Capacitação médicos para atenção ao diabético Capacitação equipe sobre Depósito e uso do THQ Oficina de trabalho com outras equipes de UBS – avaliação de confiança e motivação Capacitação para nutricionistas Capacitação sobre cuidado com pé diabético para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas	Capacitação equipe sobre Depósito e uso do THQ Oficina de trabalho com outras equipes de UBS – avaliação de confiança e motivação Capacitação para nutricionistas Capacitação sobre cuidado com pé diabético para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas	Disponibilização material de apoio motivacional, autocuidado apoiado, planilha compartilhado Capacitação para médicos sobre insulinação	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atenção diabético (fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, enfermeiros) Treinamento em complicações, DM e insulinação para médicos e enfermeiros Reunião ASL e supervisoras	2ª oficina diabético com auxiliares de enfermagem Mairiamento médicos e enfermeiros para atendimento condições crônicas Reunião ASL e supervisoras	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atenção diabético (fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, enfermeiros) Treinamento em complicações, DM e insulinação para médicos e enfermeiros Reunião ASL	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem com pé diabético com auxiliares de enfermagem Evento assinatura de Carta de Cooperação, Lançamento do material de apoio (CUCO e Autocuidado Apoiado)	Uso de narrativas para direcionamento de aprendizagem para atendimento de diabéticos	Capacitação ASB/CSB para atendimento de diabéticos

O passo seguinte foi a identificação, pelo grupo, dos eventos geradores de novos processos desencadeados e resultados das ações iniciais em desenvolvimento. O primeiro destaque dado pelo grupo foi o acompanhamento pelo grupo condutor do LIACC das atividades que iniciaram a utilização da estratégia de Cuidado Compartilhado na UBS. O suporte para aplicação de conceitos na prática parece ter sido essencial para a indução de mudanças na atenção e na equipe.

“...até então tinha a ideia, a gente falava da ideia, mas quem que vai dar aquele apoio? Quando eles começaram a participar junto com a gente dos grupos, eu achei que isto foi bem interessante, porque eles também falaram: a gente tá aqui pra aprender junto com vocês. Então a gente se sentia apoiado.”

A mudança na abordagem de condução dos grupos de diabéticos e hipertensos foi então desencadeada e percebida tanto pelas equipes quanto pela população.

“...quando a equipe veio trabalhar conosco... mudou a forma de trabalhar com o usuário. A forma de toda a equipe.”

“Porque antes eles chegavam, a gente recebia com as senhas na mão, e a gente colocava eles sentado; a gente falava umas coisinhas e cada um pesava, media, eles doidos para ir embora, tava sempre com pressa. Aí no outro grupo a gente fez uma roda de conversa, daí foi montado os grupos para a gente conversar com eles, eles viam que tinha coisa diferente, que ali que começou a mudança.”

Essas atividades também geraram reflexões da equipe sobre a necessidade de mudanças não apenas do usuário, ampliando sua participação no cuidado das condições crônicas, mas também da própria equipe.

“Então daí que a gente percebeu que a mudança também tinha que acontecer com a gente, não só com os usuários.”

“O ponto é o funcionário. Porque antes era uma coisa mais fria, né? Agora é mais humanizado.”

“Antigamente a gente vinha aqui e falava: o Sr. é diabético, o Sr. tem que parar de comer açúcar. Então, hoje eu respeito a opinião dele. Ele chega assim: Olha, essa semana eu não consegui fazer isso, essa semana eu comi um pouquinho de açúcar. Mas o Sr. acha que o Sr. deve comer esse açúcar? Eu acho que não, mas eu cá. Mas o Sr. consegue tentar na semana que vem não cair? Acho que semana que vem eu consigo. Então a gente deu uma fala para eles também, porque era só nós que falávamos. Eles começaram a expor o que eles estavam sentindo, onde eles não conseguiam fazer o tratamento, o que eles não entendiam. Então começou a mudar a partir daí. Eles começaram a sentir que a gente pode chegar lá.”

“Parece que a gente tá se importando mais com eles, dando um espaço pra eles passarem aquilo que eles sabem. Não é só chegar aqui, dispensar o remédio e ir embora.”

Reconhecer o papel de apoiador do autocuidado pode ser o primeiro passo para que as mudanças sejam estabelecidas.

“Temos que interagir com eles. E é esse o sentido da coisa. E eles ter noção de que eles precisam se cuidar, com nosso apoio. Mas nós não vamos cobrar deles, nós vamos ser só o apoio.”

A percepção sobre as mudanças observadas também no comportamento dos usuários, que passam agora a participar das atividades de forma mais ativa e solidária, apoiando uns aos outros com suas experiências, e percebendo os momentos de cuidado compartilhado como oportunidades de convivência são ainda relatados pelos profissionais.

Além disso, a estratégia utilizada para provocar a reflexão e capacitação da equipe para o apoio ao autocuidado e o cuidado compartilhado foi também identificada como geradora de mudanças, uma vez que foi proposto que os

profissionais partissem de sua própria experiência com autocuidado, avaliando suas metas e vivenciando o processo de modificação de comportamentos.

“E começou pela gente também...com a nutricionista. A gente sabe que nós também precisamos de ser apoiadas para fazer alguma coisa. E os pacientes também precisam. Então a gente cobra deles uma coisa que a gente não faz pela gente. E a gente começou a se cuidar também, cuidar do peso, o que você pode melhorar e daí a gente se sentiu incentivada e também incentivar os pacientes. Um autocuidado com eles e com a gente. Agora a gente faz uma troca de experiência.”

Compreender que é preciso mudar a abordagem do cuidado, humanizando a atenção, também induz uma importante reflexão sobre a importância da temporalidade das mudanças contextuais.

“Agora, a questão de vida deles, demora um pouco, né? O prazo é curto pra eles. Pra mudança de vida deles o prazo ainda é curto. Acho que a gente vai ver mudança, em dois anos, três anos. Porque taácomeçando agora. Acho que o primeiro passo já foi dado. Que também ainda tem mais uma evolução, mais uns passos.”

Outro momento gerador de mudanças identificado pelo grupo foi a troca de experiências com as Equipes de Saúde da Família de outras Unidades Básicas de Saúde que iniciavam o processo de participação no LIACC. Nesses momentos, as equipes da UBS Alvorada podiam relatar sua trajetória, seus sentimentos em relação às mudanças, sua percepção sobre o que estava dando certo. Foi aí que a equipe reconheceu seu protagonismo no processo de mudanças com a implantação de novas abordagens de atenção às condições crônicas. Reconhecer resistências e apoiar outras equipes com seu exemplo oportunizou a valorização dos movimentos das equipes locais e induziu o rompimento de barreiras impostas pelos próprios profissionais.

“A diferença entre eles e a gente, quando a gente começou no laboratório, a gente não tinha em que se basear, no que o colega está falando. E

quando contamos pra eles, tenho certeza de que muita gente se sentiu aliviada, que tem aquele pensamento que não vai dar certo. Mas ai vê a própria colega falando, dá aquela luz. Bem, se minha colega tá falando, então vou dar uma chance. É a diferença. Quando a gente começou nas equipes aqui... teve resistência de uma ou outra pessoa, até por causa disso, porque não ouviu de uma outra pessoa, nós começamos. Então era nossa fala, era aqui entre a gente mesmo.”

A introdução da triagem de pessoas com depressão foi inicialmente geradora de conflitos nas equipes da UBS Alvorada, não apenas pela explicitação das limitações no diagnóstico, mas também na expectativa de criação de uma demanda para atenção individualizada incapaz de ser absorvida pelas equipes. Porém, a ansiedade foi diminuindo a partir da constatação de que o aprimoramento do processo de triagem com a utilização de uma ferramenta apropriada (escala PHQ) e a organização de encaminhamentos introduziam novas formas de abordar a questão.

“O que mudou foi a forma de olhar e trabalhar, porque o trabalho já existia, só que a gente trabalhava de uma maneira diferente.”

A disponibilização de ferramentas para a qualificação da atenção às condições crônicas por meio da educação continuada e capacitações promovidas nesse período tem sido considerada importante suporte para as mudanças.

“Não é só cobrar, a gente tem que informar, capacitar, então eu senti uma grande mudança nesse sentido.”

Um processo participativo indutor de mudanças manifesta-se efetivo quando promove movimentos autônomos na adaptação de processos de acordo com a realidade local. No caso da UBS Alvorada é possível perceber esse tipo de movimento nas adaptações que foram introduzidas pelas equipes na forma de registro da pactuação do autocuidado apoiado. Um exemplo é a revisão que vem sendo feita pela equipe de odontologia, introduzindo novas questões relevantes para a atenção em saúde bucal do diabético, do hipertenso e de pessoas com depressão.

Mas não é apenas aí que os movimentos autônomos se manifestam. Segundo relato do grupo, as metodologias do cuidado compartilhado e o plano de autocuidado têm sido utilizadas não apenas com grupos de usuários com diabetes, hipertensão ou depressão, mas também com outros grupos priorizados na UBS.

“... a gente começou trazer pra todos os grupos da unidade a mesma prática. Então, se é oficina de gestante, é da mesma forma. Se é, qualquer grupo, a equipe mudou todo o trabalho com todos os grupos. E isso foi uma coisa bem legal. É um ponto bem positivo.”

Foram considerados como fatores facilitadores no processo até aqui percorrido na UBS Alvorada as oportunidades de capacitação e treinamento para uso das ferramentas de suporte às ações, como o caso da planilha para registro do plano de autocuidado apoiado, a qual tem permitido maior acompanhamento tanto pelos profissionais quanto pelos próprios usuários, além do aprimoramento do vínculo com os usuários a partir de uma nova abordagem do cuidado compartilhado.

O principal fator dificultador dos processos de mudança no modelo de atenção às condições crônicas identificados pelas equipes na UBS Alvorada foram as barreiras impostas pelos próprios profissionais. É preciso romper com a visão de que mudanças são sempre ruins e isso pode ser alcançado com a constatação de que as mudanças têm facilitado os processos da atenção.

A fala das pessoas do grupo explicita as principais lições aprendidas até o momento de implantação do LIACC na UBS Alvorada:

“Que a gente tem que escutar. Tem que fechar a boca e escutar.”

“ Tem que estar sempre inovando, mudando, nunca parar de tentar fazer uma coisa diferente.”

“Ser autocrítico. Ver que se tem um problema, aceitar e mudar. Que acho que foi o que aconteceu. As pessoas tinham resistência, sabiam que tinham

que ter uma mudança, senão vai chegar um momento que nós não vamos mais dar conta.”

“É aquela troca, eu faço a minha parte e ele faz a dele. A responsabilidade (compartilhada).”

“A pessoa não pode se perder. Tem que ser sempre sensibilizado novamente. Isso é uma coisa que não pode se perder.”



**Foto 11** Médico de uma das Equipes Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

## A percepção dos usuários

A análise da percepção dos usuários sobre o processo de implantação das ações do Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada foi inicialmente baseada na aplicação do instrumento PACIC – Avaliação do usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas em dois momentos (linha de base e avaliação de processo após nove meses de implantação do LIACC), respondido por usuários com condições crônicas que participavam dos grupos de atendimento local.

O quadro a seguir apresenta os resultados obtidos do PACIC nos momentos avaliados. Os resultados permitem perceber a necessidade de ampliação das oportunidades de envolvimento e participação dos usuários na condução da atenção às suas condições crônicas, bem como maior suporte por parte das equipes responsáveis pelo cuidado. Segundo o grupo participante, aspectos ligados a adesão ao tratamento, resolução de problemas e contextualização do aconselhamento, bem como a coordenação da atenção, foram menos frequentemente oportunizadas após nove meses de implantação do Laboratório, comparando com as respostas dadas no início de sua implantação.

Durante a avaliação de processo os usuários consideraram que poucas eram as vezes que as equipes locais favoreciam a adesão ao tratamento, especialmente pela discussão do plano ou opções de tratamento. Aspectos ligados ao modelo de atenção e participação na tomada de decisão, bem como orientações e definição de metas para autocuidado, foram melhor avaliados pelos usuários, comparado a outras dimensões, na avaliação de processo, os quais consideraram que essas ações eram oportunizadas muitas vezes durante o tratamento de suas condições crônicas. Porém, o apoio à resolução de problemas, a contextualização do aconselhamento e o monitoramento do cuidado foram pior avaliados nesse momento, indicando merecer maior aprofundamento da análise no contexto do processo de trabalho, já que os usuários consideraram que essas ações vinham sendo pouco contempladas no seu atendimento.

Dimensões	Linha de base	Avaliação de processo
Adesão ao tratamento	2,9	1,8
Modelo de atenção/tomada de decisão	3,5	3,5
Definição de metas	3,3	3,1
Resolução de problemas/ contextualização do aconselhamento	3,1	2,1
Coordenação da atenção/ acompanhamento	2,9	2,1
Pontuação Total	3,1	2,5

A pontuação varia de 1 a 5, com escores mais altos indicando a percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas.

Apesar da incorporação de novas abordagens e mudanças no perfil de atuação das equipes, parece que é necessário maior consolidação das ações no processo de atenção às condições crônicas para que essas mudanças possam ser percebidas pelos usuários.

## A análise do processo de implantação das ações

Para a análise em maior profundidade da percepção dos usuários sobre o processo de implantação das ações do LIACC na UBS Alvorada foi utilizada a técnica do grupo focal, no qual participaram oito usuários com condições crônicas em processo de atendimento pelas equipes locais.

Como questão indutora para a condução da discussão com o grupo foi solicitado que manifestassem sua percepção sobre mudanças no processo de atenção às condições crônicas por eles vivenciadas no período que compreendeu da metade do último ano de 2011 até aquele momento.

Houve controvérsias nas respostas, dependendo de experiências individuais vivenciadas pelos participantes.

“Eu senti (mudanças). Eu tinha sido muito bem atendida em outra unidade. Quando cheguei aqui, eu estranhei muito. Era pra cima e pra baixo, diziam

o que fazer e a gente obedecia. Era isso só. Porque a senhora é obesa, eu sei que sou... tá com colesterol alto... Tem que fazer exame todo dia... Agora, de uns meses pra cá, depois que mudou a médica, ela escuta, o tipo de reunião mudou. Até a moça da alimentação perguntou de um por um como é que tinha que se alimentar. Acho que do final do ano pra cá melhorou já.”

A manifestação de outro participante aponta uma percepção diferente.

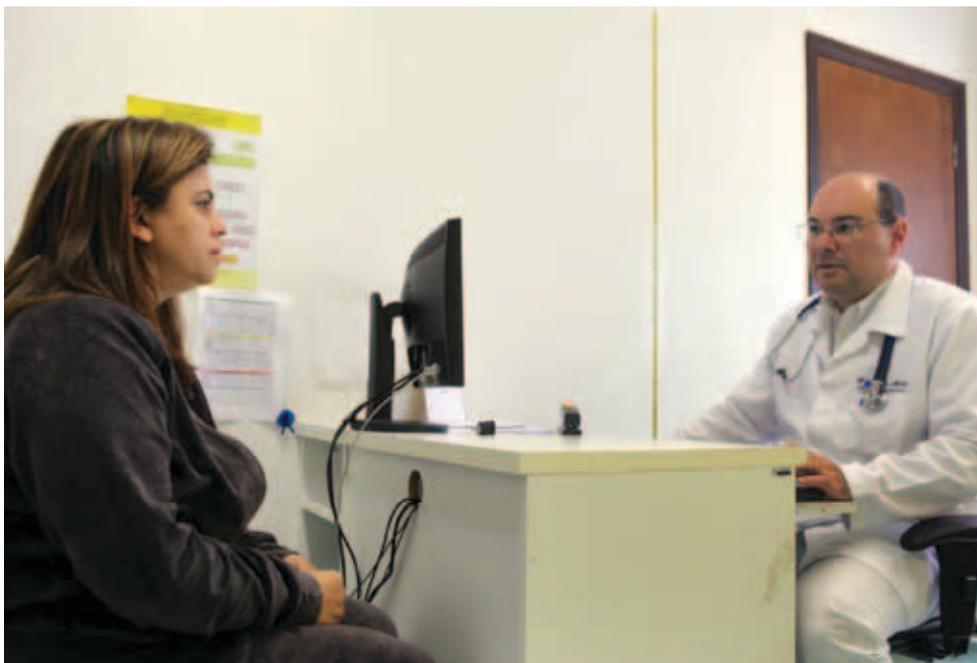
“Eu por exemplo, esse ano, eu não passei por nenhum médico ainda. Eu venho só pegar o remédio. Pra mim tá tudo os contrário. E eu moro aqui há bastante tempo, eu moro há uns 15 anos... pra mim continua do mesmo jeito, nem pioro, nem mioro, tá do mesmo jeito.”

A centralização da atenção na consulta médica e no uso de medicamentos ainda é questão importante na percepção da qualidade da atenção por essa população. As manifestações sobre a saída de uma médica da UBS, considerada “muito boa”, reforçam essa percepção do grupo.

“Pra mim também, o que fez falta foi a médica.”

Questionados sobre o que achavam do atendimento em grupo, se percebiam alguma mudança, responderam:

“De grupo agora tem troca de experiência, a gente pode se abri, falar... Ajuda bastante.”



**Foto 12** Consulta do médico de família e comunidade de uma das Equipes Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS/PMC)

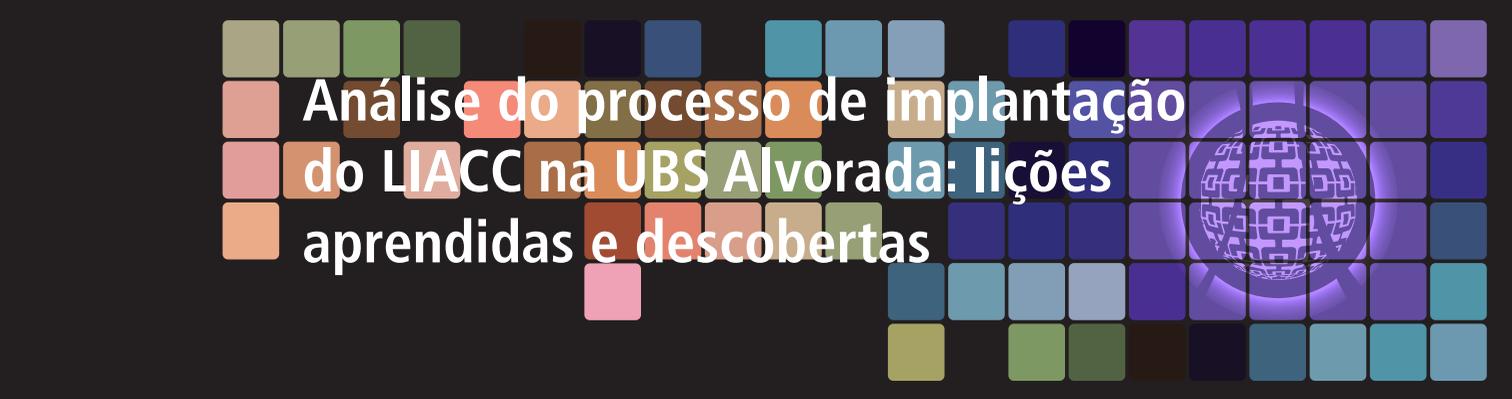
Da análise das percepções das equipes e usuários envolvidos na experiência desenvolvida na UBS Alvorada até o momento é possível concluir que:

1. Existe um contexto positivo no Sistema de Atenção à Saúde na UBS Alvorada que favorece a implantação do modelo de atenção às condições crônicas. Esse contexto tem sido aprimorado com a introdução, a partir do LIACC, de estratégias inovadoras que fortalecem a articulação com a comunidade local, o suporte à tomada de decisão e a consolidação de um desenho de prestação de serviços apoiado na programação e monitoramento das condições crônicas no território.
2. O investimento em processos participativos de educação permanente e capacitação, bem como a disponibilização de ferramentas para a ação, são

suportes importantes para as mudanças no modelo de atenção às condições crônicas.

3. O processo ainda é inicial, mas é necessário ampliar a participação dos usuários na definição de estratégias de autocuidado.
4. É possível observar melhora nas orientações e oportunidades para definição de planos de autocuidado apoiado, mas é preciso ampliar o apoio à construção da autonomia dos sujeitos, ampliar a escuta e o reconhecimento de determinantes para melhor qualificação da atenção às condições crônicas.
5. Influências contextuais que podem passar despercebidas, a “cultura” popular longamente introjetada de valorização da presença do profissional médico, o desejo de consulta rápida e da prescrição, podem influenciar a percepção da população. É importante consolidar mudanças para catalizar também mudanças culturais dominantes no modelo de atenção tradicional.





# Análise do processo de implantação do LIACC na UBS Alvorada: lições aprendidas e descobertas

*Simone Moysés*

*Maria Cristina Tanaka Arai*

*Gerson Luiz Schwab*

A análise aqui apresentada partiu de um processo de reconhecimento pelo gestor local e grupo responsável pela avaliação dos eventos geradores de mudanças implementados a partir de maio de 2011 na UBS Alvorada. São discutidos os processos decorrentes dessas ações, incluindo encontros locais e respostas das equipes, além dos primeiros resultados observados a partir dos produtos resultantes das ações e movimentos das equipes. A análise do processo também se baseia nas reflexões sobre o que tem facilitado ou dificultado a implementação das estratégias do LIACC na UBS, os conflitos e controvérsias identificados, finalizando com as lições aprendidas e descobertas até o momento.

O processo de implantação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) na UBS Alvorada pode ser reconhecido como um processo inovador no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). A prática reflexiva do gestor local, profissionais e usuários dos serviços de saúde tem oportunizado novos caminhos para a qualificação das intervenções no território.

A introdução e a incorporação de mudanças no modelo de atenção às condições crônicas têm se mostrado dependentes não apenas dos referenciais de estrutura do sistema de prestação de serviços já existentes em Curitiba, da organização da atenção à saúde e suporte à decisão disponibilizados no nível local, como também da ampliação de articulação com a comunidade, autocuidado apoiado e mobilização das equipes locais.

O perfil da gestão local parece favorecer de forma decisiva o aproveitamento de oportunidades para a introdução de mudanças. A compreensão ampliada do contexto do território, das equipes e dos usuários, bem como sua capacidade

gerencial apoiada em um modelo de gestão compartilhada, têm sido essenciais para apoiar processos de qualificação e mudanças no modelo de atenção.

Toda mudança é difícil. Porém, é importante reconhecer que a prática reflexiva da equipe local auxilia no reconhecimento de limitações e oportunidades para responder de forma mais resolutiva às demandas de atenção, com base na contextualização das condições de saúde de populações no território de atuação e seus determinantes.

Introduzir mudanças no modelo de atenção às condições crônicas na APS pode significar “fazer diferente aquilo que já é feito”. Por exemplo, a introdução de uma estratégia de pactuação de um plano de autocuidado entre o profissional responsável pelo atendimento e uma pessoa usuária com condição crônica, exige uma nova abordagem e desenvolvimento de competências profissionais ligadas a identificação de determinantes socioambientais de condições crônicas, estabelecimento de vínculo e habilidades de escuta qualificada, muito além da consulta e da prescrição. Por outro lado, isto exige da pessoa usuária uma atitude ativa de coparticipação e corresponsabilidade na definição de estratégias de controle de sua condição crônica.

A aproximação de ações desenvolvidas no cuidado a pessoas com condições crônicas na UBS Alvorada pelo médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, pela equipe de técnicos e auxiliares e pelos profissionais do Núcleo de Apoio em Atenção Primária à Saúde tem permitido a potencialização de estratégias de suporte e estímulo para que a pessoa usuária se torne agente ativo da própria saúde.

O uso de ferramentas para a sistematização e registro de um plano de autocuidado, como a introdução da planilha e caderneta de autocuidado apoiado, favorece o estreitamento de vínculo entre profissional e usuário e o monitoramento conjunto de fatores contextuais que podem ter influência direta sobre o controle da condição crônica vivenciada pelo usuário dos serviços de saúde.

A metodologia do Cuidado Compartilhado (CUCO) é considerada complexa, pois envolve uma diversidade de intervenções complementares de diferentes

profissionais orientadas para grupos específicos, exigindo uma análise contextualizada da realidade individual e coletiva. Baseia-se em processos dinâmicos e participativos de acompanhamento e, por isso, as intervenções podem estar em constante mudança. Mas sua efetividade já pode ser observada na experiência-piloto na UBS Alvorada, especialmente no desenvolvimento de capacidades para considerar o saber do outro e qualificar a escuta de todos os envolvidos.

As diretrizes clínicas apontadas pelos protocolos de atenção representam suporte importante para a tomada de decisão na gestão de fatores de risco e na gestão de casos envolvendo condições crônicas. Em Curitiba, as diretrizes clínicas para atenção ao Diabetes Mellito e Hipertensão Arterial Sistêmica vêm se consolidando na UBS Alvorada pelo processo indutivo da educação permanente e organização da atenção no âmbito local. A experiência de aproximação dos médicos com especialistas por meio da estratégia de matriciamento para discussão da gestão de casos de diabetes é um exemplo de movimentos para qualificação da atenção com base nas diretrizes clínicas. Entretanto, o desafio de enfrentamento da Depressão criada pela experiência do Laboratório na UBS Alvorada tem provocado situações de conflito nas equipes SF, pois isso exige repensar o próprio processo de diagnóstico dessa condição crônica e estreitar o olhar para seu impacto na qualidade de vida da população.

A abordagem inovadora de educação permanente utilizada na condução de ações do LIACC na UBS Alvorada também merece destaque. Intercalar momentos de discussão com toda a equipe local com outros focalizados em categorias profissionais valoriza a participação de todos. Assim, momentos de reflexão coletiva podem oportunizar troca de experiências entre as equipes e reconhecimento da efetividade de estratégias utilizadas. Por outro lado, atividades educativas conduzidas por categoria profissional abordam a especificidade e definição de papéis na atenção às condições crônicas e reforço à valorização de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Na experiência da UBS Alvorada, o início do processo de educação permanente com os médicos foi considerado positivo, pois favoreceu o envolvimento direto desses profissionais no processo de mobilização das equipes para intro-

dução de inovações iniciado pela gestão local. O reconhecimento de seu papel de referência nas equipes ampliou sua disponibilidade para a ação imediata e mobilização para as mudanças.

Por outro lado, a experiência de oportunizar, por meio da análise de narrativas, a reflexão e direcionamento autônomo de aprendizado por categorias profissionais para atenção às condições crônicas, iniciado pela atenção aos diabéticos, tem auxiliado fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e de saúde bucal a reconhecerem seu papel e desenvolverem movimentos autônomos para busca de alternativas de abordagem conforme a especificidade das necessidades individuais e coletivas de atenção no território. Além disso, essas estratégias têm facilitado o enfrentamento das relações de poder e ampliado a confiança dentro das equipes SF.

Muito valorizado pelas equipes locais foi o apoio dado pelo grupo condutor do LIACC para a introdução das estratégias de autocuidado apoiado e cuidado compartilhado. Iniciar a ação com os próprios membros da equipe, estimulando a reflexão e conduzindo pactuações e monitoramento de planos de autocuidado entre eles, fez com que percebessem que processos e tempos de mudanças de comportamentos individuais e corresponsabilização em saúde são determinados por fatores do indivíduo, mas também por fatores contextuais e relacionais, o que, portanto, exige dos profissionais uma atitude proativa que amplie o vínculo com os usuários e que o aproxime cada vez mais da atenção humanizada.

A introdução da estratégia do Cuidado Compartilhado por meio da problematização, aproximando prática-teoria-prática, e a flexibilização para a construção de ações com base na realidade local, tem caracterizado o processo de educação permanente não como uma ação prescritiva e autoritária, de imposição de normas e ações predeterminadas, mas como um processo de construção e aprendizado coletivo para a qualificação da atenção às condições crônicas.

A experiência vivenciada pelas equipes da UBS Alvorada até o momento reforça seu protagonismo na condução de inovações na atenção às condições crônicas

em Curitiba e sua capacitação para apoiar e disseminar seus aprendizados a outras unidades da Rede de Atenção à Saúde.

## Lições aprendidas e descobertas

- O estudo-piloto desenvolvido na UBS Alvorada aponta como elementos-chave do modelo de atenção às condições crônicas em construção em Curitiba o Cuidado Compartilhado, o autocuidado apoiado, a aproximação da equipe local, além da aproximação do médico generalista com o especialista.
- A experiência até aqui desenvolvida tem favorecido o enfrentamento das relações de poder entre profissionais e desses com a população. O empoderamento das equipes e dos usuários é um aspecto essencial para sua mobilização na atenção às condições crônicas, tanto na introdução de novas abordagens de cuidado, quanto na ampliação da corresponsabilidade e confiança no controle dessas condições.
- A diversidade das equipes e as resistências a mudanças podem ser impeditivas de avanços. Abordagens de educação continuada e capacitação participativas, quando consideradas como estratégia de valorização profissional, podem favorecer o compromisso e mobilização para mudanças. Uma abordagem baseada na problematização da realidade que aproxime teoria e prática, pode fornecer apoio técnico e político para a implementação de inovações.
- A troca de experiências entre diferentes equipes atuando em diferentes territórios pode facilitar o processo de adesão às mudanças e introdução de novas práticas.
- O perfil da gestão local tem papel importante no desencadeamento de processos e implementação de ações inovadoras que possam provocar mudanças no modelo de atenção às condições crônicas. Uma gestão participativa, que saiba ouvir, que permita que as equipes falem e que estimule a criatividade, pode facilitar esse processo. Por isso, é importante fortalecer o compromisso e ampliar a compreensão dos gestores locais sobre a necessidade de introduzir novas formas de atenção às condições crônicas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

- A mudança cultural em curso implica novas abordagens e relações com a população, de modo a retrabalhar/ressignificar a percepção imediatista, medicocentrada e baseada em um modelo de atenção a condições agudas, para um novo modelo a ser absorvido pela própria população.

Identificar e revelar processos e resultados iniciais não lineares provocados por movimentos de implementação de mudanças na atenção às condições crônicas na UBS Alvorada exigiu uma aproximação ao contexto complexo de integração de ações, envolvimento ativo do gestor local, das equipes e usuários.

Foi possível compreender que não são apenas acordos e hierarquias que regem as relações entre esses atores, mas também a autodeterminação dos indivíduos às distintas formas de interação e os padrões comportamentais que possam ocorrer. Assim, a decisão de um profissional de saúde em adotar uma nova prática a partir de um treinamento em como estimular o autocuidado em usuários diabéticos, é um exemplo dos fenômenos que necessitam ser melhor investigados pela pesquisa avaliativa em curso.

A mudança de prática passa por aspectos internos (valores, crenças, grau de sensibilização e compreensão) e externos (condições para a mudança, motivação da equipe). A avaliação desses processos deve ser capaz de captar sinais e padrões emergentes nas distintas realidades para permitir a compreensão dos processos, seus resultados, e problemas enfrentados para a incorporação de mudanças na Rede de Atenção à Saúde em Curitiba. Por isso, avaliar os aprendizados até aqui percebidos no estudo-piloto auxilia na avaliação de processos mais gerais que serão vivenciados pelas equipes envolvidas no Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas de Curitiba.

## Autores

Ademar Cezar Volpi	Cirurgião-Dentista (UFP, 1987). Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1996), Saúde da Família (FEPAR, 2002) e Gestão da Qualidade de Vida (PUCPR, 2010). Coordenador de Atenção Básica da SMS Curitiba.
Ana Maria Cavalcanti	Médica (FEPAR, 1988), Mestre em Farmacologia (UFPR, 2002), Especialista em Educação para Profissionais de Saúde (FEPAR, 2004), Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Associação de Terapias Cognitivas do Paraná e Sociedade Paranaense de Psiquiatria (2009-20210). Coordenadora de Saúde do Adulto e Idoso da SMS Curitiba.
Angela Cristina Lucas de Oliveira	Nutricionista (UFPR, 1988). Mestre em Medicina Interna (UFPR, 2007), Especialista em Saúde Coletiva (UP, 2005) Coordenadora da área de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.
Anna Paula Lacerda Penteado	Cirurgiã-Dentista (UFPR, 1987). Especialista em Odontologia Preventiva e Social (UFPR, 1990) e em Gestão de Serviços de Saúde (FEPAR, 2003). Atualmente é Superintendente Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Curitiba.
Antonio Dercy Silveira Filho	Cirurgião-Dentista (UFPR, 1987), Mestre em Serviços de Saúde Pública (FSP/USP, 2006), Especialista em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS (HSL, IEP, 2011), Gestão da Atenção em Saúde (HSL/IEP, 2009), Saúde da Família (FEPAR, 2002) e Facilitação em Metodologias Ativas (HSL/IEP, 2011). Coordenador do Programa Saúde do Coração da SMS Curitiba.
Camila Ament Giuliani dos Santos Franco	Médica (UMC, 2004), com residência em Medicina de Família e Comunidade (GHC, 2007). Mestre em Tecnologias em Saúde na (PUC/PR, 2012). Professora (PUCPR) no internato em Medicina da Família e Comunidade, colaboradora na coordenação da Atenção Primária à Saúde da SMS de Curitiba.
Claudia Schneck de Jesus	Fisioterapeuta (PUCPR, 1994). Especialização em Saúde Coletiva (UP, 2011). Especialização em Auditoria, Gestão e Vigilância Sanitária, em Saúde (SPEI, 2012). Especialização em Traumatologia-Ortopédica Funcional (COFFITO, 2008); Especialização em Terapia Manual e Postural (CESUMAR, 2004). Coordenação de Fisioterapia da SMS Curitiba.
Cleide Aparecida de Oliveira	Enfermeira (PUCPR, 1984). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2010). Especialista em Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ, 1991). Supervisora do (DSCJ/SMS Curitiba/ PMC).
Cristiane Honório Venetkides	Psicóloga (UFPR, 1990). Especialista em Saúde Mental Comunitária (PUCPR, 1997). Coordenadora de Saúde Mental da SMS Curitiba.
Eliane Regina da Veiga Chomatas	Médica (FEPAR, 1983), Residência Médica em Pediatria (HUEC, 1986). Especialista em Gestão Estratégica de Serviços (FGV-RJ, 2000). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2010). Secretária Municipal da Saúde de Curitiba.
Gerson Luiz Schwab	Cirurgião-Dentista (UEPG, 1976). Especialista em Ortodontia e Ortopedia Funcional dos Maxilares (FOP-USP, 1993). Mestre em Saúde Coletiva (PUCPR, 2011). Doutorando em Saúde Coletiva (PUCPR, ingresso em 2011). Coordenador Regional de Saúde Bucal na 21ª RS – Telêmaco Borba, SESA PR.
Gustavo Pradi Adam	Médico (UFPR, 2001). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Associação de Terapia Cognitivo-Comportamental (2009) e em Psiquiatria (UFPR, 2003). Colaborador da equipe da Coordenação de Saúde Mental da SMS Curitiba.

Inês Kultchek Marty	Enfermeira (PUC/PR, 1984). Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1996). Mestre em Epidemiologia (UFRGS, 2012), Assessora de Gabinete da SMS – Curitiba.
Karin Regina Luhm	Médica (UFPR, 1983). Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1989). Mestre e Doutora em Saúde Pública, área de Epidemiologia (Faculdade de Saúde Pública – USP, 2001, 2008). Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná e Diretora de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.
Maria Cristina Tanaka Arai	Enfermeira (UCP, 1982). Especialista Técnico-Profissional em Administração Hospitalar (União da Associação de Ensino de Ribeirão Preto, 1984); Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1997); Especialização em Gestão de Serviços de Saúde (FEPAR, 2004). É Autoridade Sanitária Local na Unidade Básica de Saúde Alvorada (Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba).
Nilza Teresinha Faoro	Enfermeira (PUCPR, 1986), especialista em Saúde Pública (UNAERP, 1992), Saúde do Trabalhador (UFPR, 1997) e Epidemiologia (IBPEX, 2010). Coordenadora de Informação da SMS – Curitiba.
Raquel Ferraro Cubas	Cirurgiã-Dentista (UFPR, 1992) Especialista em Saúde Coletiva (PUCPR, 1996). Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (IEP/HSL, 2011). Diretora do Centro de Informação em Saúde da SMS – Curitiba.
Samuel Jorge Moysés	Cirurgião-Dentista (PUC/PR, 1983). Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública (Universidade de Londres, Inglaterra, 1999). Professor titular da PUC/PR, professor adjunto da UFPR, coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS Curitiba, e consultor do Ministério da Saúde do Brasil em Vigilância em Saúde Bucal.
Simone Tetu Moysés	Cirurgiã-Dentista (PUC/PR, 1983), Mestre em Odontologia Social (UFRN, 1989) e Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública (Universidade de Londres, Inglaterra, 1999). Professora Titular da PUC/PR, atua como coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área de Concentração em Saúde Coletiva (mestrado e doutorado). Foi Coordenadora da Rede de Ambientes Saudáveis da Prefeitura Municipal de Curitiba. Coordena a pesquisa avaliativa do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas de Curitiba.
Solena Ziemer Kusma	Cirurgiã-Dentista (PUC/PR, 2001). Doutora em Odontologia (PUC/PR, 2011), área de Concentração em Saúde Coletiva. Mestre em Epidemiologia e Saúde Coletiva (University College London, 2004). Professora do Curso de Medicina (PUCPR) e representante da Região Sul do Brasil no GT de Promoção da Saúde da ABRASCO.
Soriane Kieski Martins	Enfermeira (UFPR, 1989). Mestre em Enfermagem (UFPR, 2006). Especialista em Saúde Coletiva (UFPR, 2004), Enfermagem em Projetos Assistenciais (UFPR, 2002), Gerontologia (IBPEX, 2010). Coordenadora de Enfermagem da SMS Curitiba.



Foto 13 Equipes da Saúde da Família da UBS Alvorada (fotógrafo: Joelson Lucas – SMCS-PMC)

## Equipes de Saúde da Família da UBS Alvorada

Equipe de Saúde da Família (ESF) Alvorada 1	
Antonina Martins de Matto	Agente Comunitário
Celeste da Silva Dias Ferreira	Técnico em Saúde Bucal
Claudia Compoi Roman	Enfermeiro
Claudinei Xavier da Costa	Auxiliar Enfermagem
Denise Mari Mendes Nunes Xisto	Auxiliar Enfermagem
Kelly Botelho Garcia da Rocha	Agente Comunitário
Marli Fanis	Auxiliar Enfermagem
Neila Cardoso Ferreira Damacen	Médico
Rosângela Filbert	Auxiliar Enfermagem
Rosilda D. Aquino Pinto	Auxiliar Enfermagem
Sandra da Silva Silveira	Agente Comunitário
Sônia Maria Lainequer	Auxiliar em Saúde Bucal

Fonte: SCENES, em 02/08/2012.

<b>Equipe de Saúde da Família (ESF) Alvorada 2</b>	
Aldira Ferreira Lachowski	Auxiliar em Saúde Bucal
Celio da Silva de Siqueira	Agente Comunitário
Eliane de Mello Antunes	Médico
Eliane Figueiredo Saquetti	Enfermeiro
Iolanda Stupp	Auxiliar Enfermagem
Jessia Bento Gobo Moraes	Auxiliar Enfermagem
Karine Parana e Silva Landi	Auxiliar Enfermagem
Keyni Leticia AndizyiskiDuart	Auxiliar Enfermagem
Magda Cristina Dias Barbosa	Cirurgião Dentista
Marcelo Arialdo Porcino	Agente Comunitário
Marcilene Vieira dos Santos	Auxiliar em Saúde Bucal
Margarete Tscha do Prado	Técnico em Saúde Bucal
Rosimeire Ferreira de Mattos	Agente Comunitário

Fonte: SCENES, em 02/08/2012.

<b>Equipe de Saúde da Família (ESF) Alvorada 3</b>	
Celine Pires de Assis	Agente Comunitário
Claudio Alvino da Silva	Médico
Elaine Rosa Bonfim	Enfermeiro
Helena Maria da Silva	Auxiliar Enfermagem
Josines Bitencourt da Conceica	Auxiliar em Saúde Bucal
Luciana Ferreira Freire	Auxiliar Enfermagem
Michel Deolindo	Cirurgião Dentista
MichelliFanis Marcondes	Agente Comunitário
Raphaela Xavier De Oliveira	Auxiliar Enfermagem
Salette Cristina Albini	Auxiliar em Saúde Bucal
Waleria Regina Gonçalves	Auxiliar Enfermagem

Fonte: SCENES, em 02/08/2012.

## Equipe do Núcleo de Apoio em Atenção Primária à Saúde (NAAPS) da UBS Alvorada

Equipe NAAPS – Cajuru 3 Alvorada 1	
Lúcia Sumie Omi	Nutricionista
Oswaldo Pantarolo Vaz	Farmacêutico
Eliane Cristina de Lima Babiak	Fisioterapeuta
Caroline Santos de Souza Nascimento	Psicóloga
Kaimi Pereira Costa	Educador Físico

## Conselho Local de Saúde da UBS Alvorada – Distrito Sanitário Cajuru – Gestão – 2011/2013

Representante	Segmento		Instituição
Augusto Luiz de Lima	Usuário	Titular	OSSA- Ass. Rogacionista de Ed. e Ação Social
Célio da Silva de Siqueira	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Cintia Mara Sandrini Lima	Gestor	Titular	SMS Curitiba
Claudia Campoi Roman	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Elaine Rosa Bonfim	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Elza Brito	Usuário	Suplente	Ass. Ben. Cult. Rec. e Esp. Moradias Itibere
Eunice Pereira dos Santos	Usuário	Titular	JOCUM- Jovens com uma Missão
Francimari Valério Mickosz	Gestor	Suplente	SMS Curitiba
Gislene Ap. Moraes dos Santos	Usuário	Suplente	Ass. Moradores Jardim Icarai
Iolanda Onieski Trizotte	Usuário	Titular	Prog. Hipertenso
Iolanda Stupp	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Isadora Macedo Freitas Pinto	Usuário	Suplente	JOCUM- Jovens com uma Missão
Janelice C. dos Santos Rodrigues	Usuário	Suplente	Cen. de Des. Integral Recanto Esperança
Júlio de Souza Brito	Usuário	Titular	Ass. Ben. Cult. Rec. e Esp. Moradias Itibere
Lisiane Gastaldim Rezende	Usuário	Titular	APPF Maria Marli Piovezan
Luiz de Brito de Macedo	Usuário	Titular	Ass. de Mor. Jd. Centauro
Margarete Tscha do Prado	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Maria Cristina Tanaka Arai	Gestor	Titular	SMS Curitiba
Maria de Jesus Pereira Lima	Usuário	Titular	Grupo de Ginástica Saúde em Movimento
Maria Sirlene D. Vanderbrock	Usuário	Suplente	Prog. Hipertenso

Representante	Segmento		Instituição
Maria Valdivia Betto	Usuário	Suplente	APPF Maria Marli Piovezan
Michel Deolindo	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Michelli Fanis Marcondes	Trabalhador	Titular	SMS Curitiba
Roque Soares de Campos	Usuário	Suplente	Ass. de Mor. Jd. Centauro
Saete Latchuk Martins	Gestor	Suplente	SMS Curitiba
Sueli Fidelcino Assunção	Trabalhador	Suplente	SMS Curitiba
Thomas Bleiker	Usuário	Titular	Cen. de Des. Integral Recanto Esperança
Zenilda Loffagem	Usuário	Suplente	Grupo de Ginástica Saúde em Movimento

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba (CMS Curitiba)



# Referências Bibliográficas

1. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Perfil de Curitiba. Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/perfil-da-cidade-de-curitiba/174>.
2. IBGE. Censo demográfico 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
3. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Meio Ambiente. Curitiba: Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/meio-ambiente-de-curitiba/182>.
4. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: Cebes; 2001.
5. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Saúde Curitiba. Histórico da Secretaria. Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>.
6. Curitiba, Prefeitura de Curitiba. Saúde Curitiba. Vigilância Epidemiológica Indicadores. Curitiba: Portal da Prefeitura de Curitiba; 2012 [cited 2012 23 de agosto de 2012]; Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/indicadores>.
7. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2010.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
10. WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2003.
11. Mendes E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
12. Mendes E. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
13. Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS2010.

15. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Diretriz de atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica. Curitiba: SMS.No prelo.
16. Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde. Saúde Mental em Curitiba: Protocolo Integrado. Venetikides CH, Maceno DM, Oliveira EAd, Fabre LV, Halboth NV, Simão MG, editors. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
17. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc saúde coletiva. 2006;11 (3):705-11.
18. de Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud pública y promoción de la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
19. de Salazar L. Evaluación de efectividad em promoción de la salud: guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES; 2004.
20. de Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud pública y promoción de la salud. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
21. de Salazar L, Grajales CD. La evaluación-sistematización: una propuesta metodologica para la evaluación en promoción de la salud.Un estudio de caso en Cali, Colombia. Ciência & Saúde Coletiva. 2004;9 (3):545-55.
22. Minayo M, Assis S, Souza E. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
23. Bowling A. Research methods in health: investigating health and health services. Bristol: Open University Press; 1997.
24. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo.Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA; 2009.
25. PAHO, PanAmerican Healtyh Organization. Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for accion. Washington: PAHO; 2004.
26. REDIM, Red por los Derechos de La Infancia em Mexico. Cuentame, Cuentamos, Contemos: Guia metodológico para La construcción de um sistema de indicadores sobre infância. Mexico: REDIM; 2011.
27. Rede Marista de Solidariedade. Fontes sobre a infância; diagnóstico de fontes de informação sobre a criança e o adolescente. São Paulo: FTD; 2012.
28. MacColl Institue for Health Care Innovation. The Chronic Care Model. 2008 [cited 2012 24 de maio de 2012]; Available from: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC\\_Survey&s=35](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35).

29. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
30. MacColl Institute for Health Care Innovation. Survey instruments. 2012 [cited 2012 6 de abril de 2011]; Available from: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey\\_Instruments&s=165](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165).
31. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Rev Saúde Pública 2007;41 (4).
32. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46 (12):1417-32.
33. Behling O, Law K. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage; 2000.
34. Steinhäuser J, Goetz K, Ose D, Glassen K, Natanzon I, Campbell S, et al. Applicability of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) instrument in Germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. BMC Health Serv Res. 2011;11:164.
35. Steurer-Stey C, Frei A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler S, Zoller M, Rosemann T. The German version of the Assessment of Chronic Illness Care: instrument translation and cultural adaptation. J Eval Clin Pract. 2012;18 (1):1-4.
36. Aragones A, Schaefer E, Stevens D, Gourevitch M, Glasgow R, Shah N. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. Prev Chronic Dis. 2008;5 (4):A113.
37. Wensing M, Lieshout Jv, Jung H, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. BMC Health Serv Res. 2008;1 (8):182.
38. WHO. Process of translation and adaptation of instruments WHO; 2012 [cited 2012 6 de junho de 2012]; Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/).
39. Bonomi A, Wagner E, Glasgow R, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv Res. 2002;37 (3):791-820.
40. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: the treatment and management of depression in adults. London: NHS; 2009; 585]. Available from: [http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~/-/dep%20NICE.pdf?auth=co&loc=pt\\_BR&id=4984&part=2](http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~/-/dep%20NICE.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=4984&part=2).
41. Kravitz RL, Ford D. Introduction: Chronic Medical Conditions and Depression: the View from Primary Care. Am J Med. 2008 121 (11 Suppl 2):S1-S7.

42. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31 (Supl I):S7-17.
43. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management; 2009.
44. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in Primary Care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9 (6):437-43.
45. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Major Depression in Adults in Primary Care. 2010; Thirteenth Edition:[98]. Available from: [http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~~/depression\\_\\_major\\_\\_in\\_adults\\_in\\_primary\\_care\\_3.pdf?auth=co&loc=pt\\_BR&id=4985&part=4](http://emailportal2.curitiba.pr.gov.br/service/home/~~/depression__major__in_adults_in_primary_care_3.pdf?auth=co&loc=pt_BR&id=4985&part=4).
46. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública.* 2007;23 (10):2375-84.
47. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14 (1):297-305.
48. Brasil, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília 2005.
49. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine.* 2001;16 (9):606-13.
50. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care.* 2003 (12):18-23.
51. Washington Uo, Library HS. PICO – Evidence-Based Practice. Washington 2012; Available from: <http://libguides.hsl.washington.edu/content.php?pid=231619&sid=1931590>.
52. Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington: The National Academies Press 2003.
53. Diabetes Prevention Program Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care.* 2002 (25):2165-71.
54. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association.* 2002;288 (19):2469-75.
55. Glasgow RE, Eakin EG, Fisher EB, Bacak SJ, Brownson RC. Physician advice and support for physical activity: results from a national survey. *American Journal of Preventive Medicine.* 2001 (21):189-96.

56. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002;24 (2):80-7.
57. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple health risk behavior interventions in primary care: summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004;27 (2 supl 1):61-79.
58. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. 2006;72 (8):1503-10.
59. Russell E, Glasgow SE, Doriane CM. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*. 2006;21 (3):245-55.
60. Cavalcanti A, Oliveira A. Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde. In: Saúde SMD, editor. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde;2012.
61. Beserra EP, Torres CA, Pinheiro PNC, Alves MDS, Barroso MGT. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. *Ciênc saúde coletiva vol Rio de Janeiro* 2011;16 (supl.1).
62. Góis C. Saúde comunitária: pensar e fazer. São Paulo: Hucitec; 2008.
63. Ortiz LGC, Cabriales ECG, González JGG, Meza MVG. Self-Care Behaviors and Health Indicators in Adults with Type 2 Diabetes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18 (4).
64. Plavnik FL, Sanjuliani AF, Cury A, al e. Decisão terapêutica e metas. *J Bras Nefrol*. 2010;32 (supl.1):19-21.
65. Fortmann AL, Gallo LC, Walker C, Philis-Tsimikas A. Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28 (3):230-4.







Ministério da  
Saúde

