



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Alessandra Sant'Anna Nunes

**Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não
transmissível no campo da atenção secundária**

Rio de Janeiro

2018

Alessandra Sant'Anna Nunes

**Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível
no campo da atenção secundária**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

N972	<p>Nunes, Alessandra Sant'Anna. Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo da atenção secundária / Alessandra Sant'Anna Nunes. - 2018. 148 f.</p> <p>Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Gestão em saúde. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Doenças não Transmissíveis - Enfermagem. 4. Terapia biológica - Enfermagem. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Pesquisa qualitativa. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Bibliotecária Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Alessandra Sant'Anna Nunes

**Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível
no campo da atenção secundária**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 30 de outubro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Lúcia Abrahão da Silva
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Marléa Chagas Moreira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Joanir Pereira Passos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a minha mãe Arlette, ao meu marido Fábio, a minha amada filha Manuela e em especial ao meu pai José Luiz (*In memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo que sou e pelo dom da vida, por me conduzir, amparar e iluminar em cada passo da minha caminhada.

Ao meu pai José Luiz (in memoriam) por cada afago, cada palavra de carinho, por cada delicado puxão de orelha e por todo incentivo para garantir o meu crescimento profissional e pessoal. A você meu eterno muito obrigada.

A minha mãe Arlette por nunca duvidar que eu seria capaz, pelas noites sem dormir e por todas as orações para que eu alcançasse o sucesso.

A minha amada Manuela, que mesmo tão pequena compreendeu minha ausência. Tudo que faço é por você e para você. Sou uma pessoa infinitamente melhor depois da sua chegada.

Ao meu marido, amigo e companheiro Fábio Rodrigues pela presença, palavras de apoio quando a vontade foi desistir, por partilhar os momentos difíceis e felizes ao meu lado.

Ao meu irmão André, minha cunhada Sabine e meus queridos sobrinhos Guilherme e Murilo por me proporcionarem momentos tão felizes quando mais precisei.

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, por todas as orientações, compreensão, aprendizados, incentivos e confiança durante esses anos.

À banca examinadora, Prof.^a Dra. Ana Abrahão, Prof.^a Dra. Marléa, Prof.^a Dra. Joanir, Prof.^a Dra. Norma Valéria, por todas as considerações que me ensinaram muito de pesquisa. Aos suplentes, Prof.^o Dr. Ricardo Mattos e Prof.^a Dra. Geilsa, pela disponibilidade e sugestões.

A toda equipe do departamento de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro pelo carinho e palavras de apoio.

A minha companheira de trabalho Valéria de oliveira Monteiro por todo carinho, compreensão, orientações, aprendizado profissional e de vida. Admiro você...

Aos profissionais que aceitaram participar do estudo e dividir suas expectativas e anseios, em especial a minha querida equipe de enfermagem da unidade de terapia biológica da Policlínica Piquet Carneiro (PPC).

Aos pacientes, que consentiram em participar e ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente crônico no campo da atenção secundária.

A Camila Brandão por nunca dizer não as minhas solicitações e a toda a equipe de enfermagem da PPC por toda disponibilidade em me auxiliar na construção desta tese. Sua ajuda foi primordial.

Aos colegas da área clínica da faculdade de Enfermagem da UERJ por todo apoio e companheirismo durante a construção dessa tese.

A minha amiga Prof.^a Dr.^a Ana Carla Dantas Cavalcanti por toda disponibilidade, apoio, orientações, cumplicidade e amizade sempre. Você foi indescritível nessa trajetória.

Às amigas Teresa Cristina e Cláudia Elizabeth obrigada pelo carinho, preocupação, companheirismo, incentivo e conselhos.

A minha prima-irmã Magda Chagas por cada palavra de incentivo e todo apoio durante os momentos mais difíceis da minha vida. Minha eterna gratidão!

A minha amiga e comadre Kátia Costa por toda compreensão e carinho.

A Cláudia Menezes, amiga que o doutorado me presenteou, meu muito obrigada por cada orientação, lembranças e carinho em cada conversa durante esses anos.

A todos da secretaria e da coordenação da PPGENF obrigada pela paciência, pelo apoio, pela compreensão e por todas as orientações.

Bom mesmo é ir com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve...A vida é muito para ser insignificante.

Charles Chaplin

RESUMO

NUNES, Alessandra Sant'Anna. **Gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo da atenção secundária**. 2018. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O objeto deste estudo é a gestão do cuidado em saúde a ser aplicada na unidade de terapia biológica ao paciente com doença crônica não transmissível (DCNT) no campo da atenção secundária. Tem como objetivo geral propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT. Os objetivos específicos são: (i) caracterizar o perfil dos pacientes com DCNT atendidos na unidade de terapia biológica; (ii) explorar o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico sob a ótica dos profissionais que atuam na atenção secundária; (iii) avaliar o fluxograma do atendimento da unidade de terapia biológica; (iv) adaptar o fluxograma do atendimento considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde; e (v) analisar as possíveis contribuições específicas para o trabalho de Enfermagem. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória, realizado na unidade de terapia biológica da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, referência no campo da atenção secundária, com 80 pacientes, 14 profissionais de saúde e um funcionário administrativo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número CAAE: 70596017.0.0000.5282. A produção dos dados abrangeu grupo focal com os profissionais, e com os pacientes foi utilizado um instrumento de coleta de dados com 32 perguntas fechadas e 2 abertas. Para análise utilizou-se o Epi-Info versão 7.1 e análise descritiva com distribuições de frequências simples e absoluta, onde a maioria era do sexo feminino (68,75%), mais da metade (62,50%) apresentava idade superior a 40 anos e 40% tinham o ensino médio completo. Quase metade (48,75%) declarou ser casada ou conviver com parceiro, ser do ambulatório da gastroenterologia (54%), fazer uso da medicação Infleximabe (55%) e tratar-se há mais de 24 meses (60%). Já para os dados provenientes dos profissionais, recorreu-se à análise de conteúdo, emergindo quatro categorias temáticas, são elas: (i) o impacto da educação em saúde e educação permanente na gestão do cuidado na UTB; (ii) as relações interpessoais entre os pacientes, equipe da UTB e da especialidade; (iii) a sobrecarga dos serviços de saúde no campo da atenção secundária; (iv) a interdisciplinaridade e a influência dos Indicadores de processos de trabalho na gestão do cuidado. Conclui-se que é possível estruturar um modelo de gestão do cuidado em saúde, com base nas análises do processo de trabalho na atenção secundária, pautado no referencial das múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Porém, o modelo criado propõe uma sétima dimensão, de caráter epistemológico, que se caracteriza pela interdisciplinaridade. Recomenda-se a elaboração de protocolos clínicos e organizacionais pelos profissionais e gestores do serviço, utilizados como estratégia de enfrentamento de diversos problemas na gestão do cuidado, como foco a padronização de condutas na atenção secundária.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Atenção Secundária em Saúde. Doença Crônica não Transmissível. Terapia Biológica. Enfermagem.

ABSTRACT

NUNES, Alessandra Sant'Anna. **Health care management focused on the patient with chronic non-communicable disease in the field of secondary care.** 2018. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This study was aimed to address the health care management to be applied in the biological therapy unit to the patient with chronic non-communicable disease (CNCD) in the field of secondary care. Its general goal is to propose a model of care management in the secondary care of the patient with CNCD. The specific goals are: (i) to characterize the profile of patients with CNCD served in the biological therapy unit; (ii) to explore the health care provided to the chronic patient from the viewpoint of professionals working in secondary care; (iii) to assess the flow diagram of care in the biological therapy unit; (iv) to adapt the flow diagram of care considering the multiple dimensions of health care management; and (v) to analyze the possible specific contributions to the Nursing work. This study has a qualitative and exploratory approach and was performed in the biological therapy unit of the Policlínica Piquet Carneiro, belonging to the State University of Rio de Janeiro, reference in the field of secondary care, with 80 patients, 14 health professionals and one administrative worker. The study was approved by the Ethics Research Committee with CAAE number: 70596017.0.0000.5282. Data production covered a focus group with professionals, and a data collection instrument was used with 32 closed and 2 open questions with patients. In order to analyze data, we used Epi-Info version 7.1 and descriptive analysis with distributions of simple and absolute frequencies, where most were female (68.75%), more than half (62.50%) were older than 40 years and 40% had completed high school. Almost half (48.75%) reported being married or living with a partner, being assisted in the gastroenterology outpatient clinic (54%), making use of the Infliximabe® medicine (55%) and being treated for more than 24 months (60%). Regarding the data coming from professionals, we used the content analysis technique, giving rise to four thematic categories, namely: (i) the impact of health education and continuing education on care management in BTU; (ii) the interpersonal relationships among the patients, the BTU team and the specialty team; (iii) the overload of health services in the field of secondary care; and (iv) the interdisciplinarity and the influence of the Indicators of work processes in the care management. We can conclude that it is possible to organize a model of health care management, based on the analysis of the work process in secondary care, taking into account the framework of the multiple dimensions of health care. Nevertheless, the model established proposes a seventh dimension, with an epistemological nature, characterized by interdisciplinarity. We recommend the preparation of clinical and organizational protocols by the professionals and managers of the service, which may be used as a strategy to cope with several problems in the care management, focusing on the standardization of behaviors in secondary care.

Keywords: Health Management. Secondary Health Care. Chronic Non-Communicable Disease. Biological Therapy. Nursing.

RESUMEN

NUNES, Alessandra Sant'Anna. **Gestión del cuidado en salud centrada en el paciente con enfermedad crónica no transmisible en el campo de la atención secundaria.** 2018. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

El objeto de este estudio es la gestión del cuidado en salud que se debe aplicar en la unidad de terapia biológica al paciente con enfermedad crónica no transmisible (DCNT) en el campo de la atención secundaria. Tiene como objetivo general proponer un modelo de gestión del cuidado en la atención secundaria en salud para el paciente con DCNT. Los objetivos específicos son: (i) caracterizar el perfil de los pacientes con DCNT atendidos en la unidad de terapia biológica; (ii) explorar el cuidado en salud ofrecido al paciente crónico bajo la óptica de los profesionales que actúan en la atención secundaria; (iii) evaluar el diagrama de flujo de la atención de la unidad de terapia biológica; (iv) adaptar el diagrama de flujo de la atención considerando las múltiples dimensiones de la gestión del cuidado en salud; y (v) analizar las posibles contribuciones específicas para el trabajo de Enfermería. Se trata de un estudio de enfoque cualitativo, exploratorio, efectuado en la unidad de terapia biológica de la Policlínica Piquet Carneiro, perteneciente a la Universidad del Estado de Río de Janeiro, referencia en el campo de la atención secundaria, con 80 pacientes, 14 profesionales de salud y un funcionario administrativo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el número de CAAE: 70596017.0.0000.5282. La producción de los datos cubrió un grupo focal con los profesionales, y con los pacientes se utilizó un instrumento de recolección de datos con 32 preguntas cerradas y 2 abiertas. Para el análisis, se utilizó el Epi-Info versión 7.1 y análisis descriptivo con distribuciones de frecuencias simple y absoluta, donde la mayoría era del sexo femenino (68,75%), más de la mitad (62,50%) presentaba edad superior a los 40 años y el 40% tenían la enseñanza media completa. Casi la mitad (48,75%) declararon estar casados o conviviendo con un compañero, ser del ambulatorio de gastroenterología (54%), hacer uso de la medicación Infliximabe® (55%) y tratarse por más de 24 meses (60%). En cuanto a los datos procedentes de los profesionales, se utilizó el análisis de contenido, emergiendo cuatro categorías temáticas, que son: (i) el impacto de la educación en salud y de la educación continua en la gestión del cuidado en la UTB; (ii) las relaciones interpersonales entre los pacientes, equipo de la UTB y de la especialidad; (iii) la sobrecarga de los servicios de salud en el campo de la atención secundaria; y (iv) la interdisciplinariedad y la influencia de los Indicadores de procesos de trabajo en la gestión del cuidado. Se concluye que es posible estructurar un modelo de gestión del cuidado en salud, basándose en los análisis del proceso de trabajo en la atención secundaria y en conformidad con la fundamentación de las múltiples dimensiones del cuidado en salud. Sin embargo, el modelo creado propone una séptima dimensión, de carácter epistemológico, que se caracteriza por la interdisciplinariedad. Se recomienda la preparación de protocolos clínicos y organizacionales por los profesionales y gestores del servicio, que serán utilizados como estrategia de lucha contra los diversos problemas en la gestión del cuidado, con miras a la estandarización de conductas en la atención secundaria.

Palabras clave: Gestión en Salud. Atención Secundaria en Salud. Enfermedad Crónica no Transmisible. Terapia Biológica. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	A Rede de Atenção aos Indivíduos Portadores de Doenças Crônicas	34
Figura 2 -	As tecnologias de gestão da clínica.....	38
Figura 3 -	As tecnologias de gestão da clínica	39
Figura 4 -	As múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde	49
Figura 5 -	Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde	52
Figura 6 -	Matriz de S.W.O.T.	62
Tabela 1 -	Caracterização sociodemográfica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017)	67
Tabela 2 -	Caracterização socioeconômica dos pacientes com DCNT em TB(n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017)	69
Tabela 3 -	Caracterização clínica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017)	70
Quadro 1 -	Quadro da matriz interna de S.W.O.T. da UTB. Rio de Janeiro, RJ, 2018 ..	71
Quadro 2 -	Quadro da matriz externa de S.W.O.T. da UTB. Rio de Janeiro, RJ, 2018..	73
Figura 7 -	Modelo de Gestão do Cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT em terapia biológica	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NCQE	Núcleo de Controle e Qualidade de Serviço de Enfermagem
UASS	Unidade de Atenção Secundária à Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
UTB	Unidade de Terapia Biológica
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TB	Terapia Biológica
SISREG	Sistema de Regulação
MACC	Modelo Ampliado de Condição Crônica
ABS	Atenção Básica à Saúde
AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
RAIPDC	Rede de Atenção aos Indivíduos Portadores de Doenças Crônicas
CCNTI	Comorbidades Crônicas não Transmissíveis e Infecciosas
CICC	Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas
GC	Gerenciamento de Caso
MBE	Medicina Baseada em Evidência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
AB	Agentes Biológicos
TIV	Terapia Intravenosa
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

CEPESC	Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva
SWOT	Strenghts, Weakness, Opportunities and Threats
AFE	Análise Focal Estratégica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
AR	Artrite Reumatoide
DAI	Doenças Autoimunes
DM1	Diabetes Melitos tipo1
IFX	Infleximabe
TNF	Fator de Necrose Tumoral
EV	Endovenoso
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa de Saúde de Família
SIS	Sistemas de Informação em Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO	27
1.1	Caracterização teórico conceitual do campo da atenção secundária	27
1.2	As políticas públicas de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil	31
1.3	O manejo clínico e da gestão do cuidado na doença crônica e na terapia biológica	36
1.4	A organização do processo de trabalho de enfermagem no campo da atenção secundária	42
1.5	As múltiplas dimensões da gestão do cuidado: teoria e conceitos	45
2	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	53
2.1	Orientação Metodológica	53
2.2	Caracterização dos pacientes com Doença Crônica Não Transmissível atendidos na Unidade de Terapia Biológica	54
2.2.1	<u>Seleção dos pacientes participantes do estudo</u>	54
2.2.2	<u>Cenário do estudo referente aos pacientes</u>	55
2.2.3	<u>Coleta de dados dos pacientes</u>	56
2.2.4	<u>Análise de dados dos pacientes</u>	56
2.3	Grupo Focal dos profissionais que atuam na Unidade de Terapia Biológica	57
2.3.1	<u>Seleção dos profissionais participantes do estudo</u>	57
2.3.2	<u>Cenário do estudo referente aos profissionais</u>	58
2.3.3	<u>Coleta de dados dos profissionais</u>	59
2.3.4	<u>Análise de dados dos profissionais</u>	61
2.4	Procedimentos éticos e legais	66
3	RESULTADOS	67
3.1	Caracterização dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidos na Unidade de Terapia Biológica	67

3.2	Resultados do Grupo Focal realizado com os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Biológica	70
3.2.1	<u>Potencialidades e fragilidades da análise interna da matriz de S.W.O.T. da Unidade de Terapia Biológica</u>	71
3.2.2	<u>Oportunidades e ameaças da análise externa da matriz de S.W.O.T. da Unidade de Terapia Biológica</u>	73
3.3	Fluxograma do atendimento adaptado considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde	74
3.3.1	<u>Fluxograma do atendimento na especialidade</u>	75
3.3.2	<u>Fluxograma do atendimento na unidade de terapia biológica</u>	77
3.3.3	<u>Fluxograma de monitoramento telefônico</u>	80
3.4	Modelo de gestão do cuidado da Unidade de terapia biológica no campo da Atenção secundária	81
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	84
4.1	Caracterizando os pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidos na Unidade de Terapia Biológica	84
4.2	O impacto da educação em saúde e educação permanente na gestão do cuidado na Unidade de Terapia Biológica	88
4.3	As relações interpessoais entre os pacientes, equipe da Unidade de Terapia Biológica e da especialidade	92
4.4	A sobrecarga dos serviços de saúde no campo da atenção secundária	96
4.5	A interdisciplinaridade e a influência dos Indicadores de processos de trabalho na gestão do cuidado	101
4.6	As fragilidades das Rede de Atenção à Saúde e questões socioeconômicas afetando o processo de trabalho na Unidade de Terapia Biológica	108
4.7	O avanço tecnológico gerado pela terapia biológica e o manejo do paciente com a Terapia biológica e dos profissionais com o paciente	112
	CONCLUSÃO	119
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICE A– Perguntas condutoras do grupo focal	138

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	139
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (paciente)	141
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)	143
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	145
ANEXO B - Termo de Autorização Institucional	148

INTRODUÇÃO

A presente tese se insere no grupo de pesquisa “Configurações do Mundo do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem”, coordenado pela Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, também orientadora deste estudo, e tem como área de concentração o “Trabalho, Educação e Formação Profissional em saúde e enfermagem”, sendo esta tese um subprojeto de um projeto Institucional “Assistência, Gestão e Ensino na perspectiva dos Cuidados Inovadores de Enfermagem ao portador de Doenças Crônicas”, desenvolvido na Policlínica Piquet Carneiro.

A trajetória deste estudo inicia-se quando a pesquisadora principal assume a coordenação do Núcleo de Controle e Qualidade de Serviço de Enfermagem (NCQE) do Departamento de Enfermagem em uma Unidade de Atenção Secundária à Saúde (UASS), situado na Policlínica Piquet Carneiro, no município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil, sob gestão do Estado. Nesse núcleo, atualmente, são desenvolvidas ações assistenciais, de ensino, pesquisa e gestão do cuidado ao paciente com doença crônica não transmissível (DCNT).

A princípio, essa policlínica prestava atendimentos no campo da atenção primária e secundária, compreendendo poucas especialidades. Há seis anos, por questões logísticas, houve necessidade de realocação de ambulatórios de diversas especialidades, tais como reumatologia, gastroenterologia, saúde do homem, diabetes mellitus, pneumologia, neurologia, cardiologia, entre outros, além da saída dos ambulatórios voltados para o campo da atenção primária. Essas modificações afetaram a gestão do cuidado por ampliar o número de atendimentos e diversificar as especialidades, exigindo adaptações no processo de trabalho, dentre elas a criação da Unidade de Terapia Biológica (UTB). A motivação para esta tese emerge da necessidade da criação da UTB para pacientes com DCNT nas variadas especialidades.

As DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. Apesar da produção científica significativa sobre essas doenças e seus fatores de risco no Brasil, ainda são poucos os estudos nessa temática (DUNCAN, 2012).

Assim, a gestão do cuidado na DCNT passou a ser considerada importante pelos gestores na busca de intervenções e estratégias para reduzir custos, diminuir hospitalizações e combater agravos. Mas, a maior parte dos programas de atendimento foca exclusivamente na doença, sendo necessária a criação de modelos de cuidado que funcionem de modo integrado (VERAS, 2012).

No desenvolver das atividades profissionais da pesquisadora na coordenação do serviço, foi possível estruturar o mesmo com base no Modelo de Atenção à Saúde, que se fundamenta na integração dos serviços em Rede, Regionalização e Hierarquização, conforme proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (DUNCAN, 2012), formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público do Brasil.

Ao organizar de maneira integrada, com os outros profissionais de saúde, o fluxo de trabalho e de acesso do paciente, recursos humanos necessários, recursos materiais, capacitação dos recursos humanos, normas e rotinas dos serviços, processos de trabalho de enfermagem integrados, entre outros, foi possível observar e vivenciar o cotidiano assistencial da atenção secundária e perceber sua complexidade e importância no SUS. Além disso, a clientela atendida demandava de uma ação terapêutica focada no diálogo, na conversa, na escuta ativa, que proporcionava um cuidado visando proteger, melhorar e preservar o paciente, ajudando a encontrar sentido na doença e no cuidar.

Na proposta da rede, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2010).

Também denominada atenção especializada, tem por finalidade oferecer à população uma assistência de qualidade e em tempo oportuno (BRASIL, 2010), no entanto o que observamos é uma grande insuficiência nas ações desenvolvidas. Os gestores do SUS, por entenderem a importância da área no cuidado integral, vêm investindo na qualificação desse nível de atenção (BRASIL, 2013).

A Rede de atenção à saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

Todavia, o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o "gargalo" na efetivação da RAS (OLIVEIRA et. al., 2010). Apesar dos esforços dos gestores apresentarem êxitos, muitos problemas ainda são evidentes, como a não continuidade do cuidado, falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais para atenção terciária e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária que são tidas como entraves à garantia do cuidado integral do paciente com DCNT, tornando incompleto esse processo na rede (ALMEIDA et. al., 2010).

É essencial que se estude alternativas que possam contribuir positivamente para uma melhor sintonia entre os pontos de atenção à saúde, visto que a atenção secundária à saúde conta com programas importantes que funcionando trazem resultados positivos ao SUS, exemplo disso existem os programas de saúde mental, saúde da mulher, saúde do idoso, entre outros, que são prioridades no serviço, porém a descontinuidade do cuidado quando se é referenciado para outro ponto de atenção mostra a necessidade de integração da atenção especializada com os demais pontos para que os programas não parem de funcionar (MARIANE LEONEL, 2016 – RDE HUMANIZA SUS).

No que se refere à assistência na DCNT, ela é vista como o principal foco de inovações na perspectiva das atividades preventivas, no entanto o fracasso no gerenciamento dessa classe de doença ainda é o grande desafio dos gestores de saúde. Apesar do grande incentivo para aplicabilidade das ações preventivas, percebe-se que na prática isso não acontece, pois as iniciativas são mal formuladas e apresentam pouca resolutividade.

Considerando-se a complexidade sistêmica e a natureza multifatorial das doenças crônicas degenerativas e comorbidades associadas, a definição do escopo das atividades programáticas e a capacitação de equipe multidisciplinar são imperativas para o sucesso do programa. Assim sendo, um programa para gerenciamento de pacientes crônicos deve identificar os indivíduos doentes e com alto risco assistencial, prevenir as exacerbações e complicações das doenças, aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado e construir uma base de dados sobre esses doentes (VERAS, 2012).

Ainda nos dias atuais, há uma grande carência de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar dos conceitos preventivos estarem bem estruturados e aceitos pelas operadoras e pelos profissionais de saúde, sua operacionalização é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, que envolve complicadores teóricos (VERAS, 2012)

Por se tratar de um importante problema de saúde pública, o enfrentamento das DCNT exige estratégias imediatas para impedir uma série de complicações clínicas, internações, comorbidades e até mesmo o óbito. Nesse cenário, é importante articular os modelos de gestão de cuidado com as diretrizes estabelecidas no plano de ações estratégicas. Este vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao paciente, com inclusão e ampliação de serviços (SILVA, 2011).

Estudos apontam que a gestão do cuidado do paciente com DCNT deve ser majoritariamente voltada para a redução de custos, diminuição das internações e direcionado a pacientes enfermos e com DCNT instaladas (CARVALHO, 2012), devendo se caracterizar pelo acolhimento, atenção centrada na pessoa e na família, em uma atenção multiprofissional, contínua, com atendimento individual, coletivo e não presencial, garantindo a regulação da Rede de Atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Esta tese propõe um modelo de gestão de cuidado a ser aplicado em uma Unidade de Terapia Biológica (UTB), que disponibilize tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando ao bem-estar, segurança e autonomia do paciente com DCNT em atendimento no campo da atenção secundária.

A Terapia Biológica (TB) surgiu após o uso, por anos, de medicações para o tratamento de doenças crônicas inflamatórias e autoimunes em pacientes que apresentavam recaídas frequentes da doença, nesse caso pacientes tratados nos ambulatórios de gastroenterologia, pneumologia, reumatologia e dermatologia da policlínica onde o estudo se desenvolve. Durante essas recaídas, a escolha, muitas vezes, é o retratamento com corticosteroides, que são excelentes para induzir remissão da doença, mas que em longo do prazo provocam complicações tão ou mais graves (CARVALHO, 2012).

A escolha por estudar a gestão do cuidado na UTB justifica-se pela complexidade do uso de medicamentos de média e alta complexidade, em sua maioria administrados por via parenteral com enorme responsabilidade no cuidado integrado em saúde.

O objetivo do uso dessas drogas é induzir a remissão da doença levando os pacientes a menores chances de internação, com melhoria nos resultados terapêuticos e da qualidade de vida, bem como na redução na morbimortalidade. No entanto, em virtude da imunossupressão induzida pela TB, é preciso ficar atento aos efeitos colaterais, principalmente as infecções oportunistas. Profissionais da saúde devem garantir aos pacientes com DCNT um tratamento eficaz, para tal, torna-se necessário um fluxo que direcione o cuidado e permita monitorar as possíveis complicações que possam advir da TB (CARVALHO, 2012).

Hoje, no estado do Rio de Janeiro, para que alguns pacientes recebam os medicamentos de alta complexidade, essenciais para a continuidade do seu tratamento, precisam buscar auxílio da defensoria pública, o que por vezes é extremamente moroso. O atendimento integral e multiprofissional aos pacientes em uso desses medicamentos é essencial para o manejo medicamentoso e monitoramento necessários para esse tipo de terapia e paciente.

É importante que os profissionais estejam bem treinados para o manejo com a terapia e para reconhecer os efeitos adversos imediatos e tardios que podem afetar a clientela em tratamento terapêutico (BRASIL, 2006).

O monitoramento é hoje uma das estratégias de cuidado inovador, que favorece a qualidade da assistência ao paciente e permite que complicações sejam precocemente percebidas pelos profissionais, resultando em menor busca por atendimento nas unidades de pronto atendimento ou hospitalares (OMS, 2003).

Sistemas de monitoramento que se baseiam em dados referidos apresentam certas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos dados. A acurácia das informações autorreferidas depende do conhecimento dos respondentes de informações relevantes, da capacidade de recordá-las e da fidedignidade ao recordá-las. As evidências mostram que muitas vezes os entrevistados têm a tendência de omitir alguns comportamentos, que podem ser considerados socialmente inaceitáveis, tais como tabagismo e excesso de peso (PEIXOTO et. al, 2008).

Apesar das limitações apontadas, o sistema de monitoramento por ligações telefônicas possibilita monitorar a carga e a tendência das doenças crônicas no nível local, apoiando o planejamento, implementação e avaliação de intervenções, voltadas para a redução dessas doenças. Permite também testar hipóteses já estabelecidas e propor outras para serem analisadas, posteriormente, em estudos com delineamentos mais apropriados. Além desses aspectos, destaca-se pela facilidade na obtenção das informações a partir de uma amostra representativa sem grande custo, permitindo sua realização de forma sistemática (PEIXOTO et. al, 2008).

Um modelo de gestão do cuidado para pacientes com DCNT que contemple a vigilância, troca de informações, avaliação constante, monitoramento telefônico, implementação de protocolos de terapia de alta complexidade, consultas individuais e atividades educativas torna-se relevante para articular as ações propostas nas diretrizes. Para tal, pode-se pensar a gestão do cuidado sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Essa abordagem é apresentada

por Cecílio (2011) e tem se apresentado como um processo avaliativo da gestão do cuidado em saúde.

Assim, é importante ressaltar que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores.

Este estudo questiona a possibilidade de construção de um modelo de gestão do cuidado para o paciente com DCNT em TB no campo da atenção secundária.

Como questões norteadoras:

- a) Como é o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico sob a ótica dos profissionais que atuam na unidade de terapia biológica no campo da atenção secundária?
- b) Qual a funcionalidade do fluxograma do atendimento da unidade de terapia biológica?
- c) Como seria o fluxograma do atendimento considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado para o paciente com DCNT em TB no campo da atenção secundária?
- d) Quais as contribuições específicas do modelo para o trabalho de Enfermagem?

A hipótese que defendemos é a de que é possível estruturar, no campo da atenção secundária, um modelo de gestão do cuidado, centrado nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde ao paciente com DCNT em uso de terapia biológica.

No entanto, o conceito de cuidado é muito amplo e quando tratamos das doenças crônicas e das novas tecnologias terapêuticas, esse desafio se torna ainda maior. Cuidar demanda desenvolvimento de atitudes e relacionamentos que vão além do vínculo profissional-paciente, é preciso ter um domínio prático das novas tecnologias do cuidado em saúde e para subjetividade do cuidado.

Os determinantes do processo saúde-doença precisam ser levados em consideração na integralidade da atenção à saúde em todos os campos da rede de cuidado, incluindo o setor público e privado. Discutir as concepções teóricas das dimensões do cuidado ao paciente com DCNT no campo da atenção secundária permite sustentar uma proposta de um modelo que favorece uma reflexão que servirá de guia para as políticas e ações de saúde que atendam às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de saúde, sendo essa mais uma proposta para alcance da qualidade do cuidado ao paciente crônico, em que o vínculo e o

saber ouvir devem funcionar como guia. Não basta uma busca por informações voltada para uma esfera clássica, seguindo um modelo biomédico, e sim estar aberto àquilo que o paciente tem a dizer sobre as suas próprias demandas.

No contexto amplo do cuidado, o estudo mostrou que existem outras dimensões que surgiram dos dados empíricos e que também podem sustentar a proposta de um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária, que é a dimensão da interdisciplinaridade.

A tese lança mão de um outro desafio que é trabalhar a gestão do cuidado não só baseado no paciente com DCNT na atenção secundária, mas em um paciente que também depende de um tratamento que envolve uma complexidade de ações que estão, em sua maioria, sob responsabilidade da equipe de enfermagem. Assim, o enfermeiro lança mão de um cuidado que ultrapassa a técnica e o procedimento, mas um cuidado que trabalha o pluralismo, a diversidade e a interdisciplinaridade.

Com base no exposto e a partir das reflexões que emergiram da vivência no cuidado ao paciente com DCNT em uso de terapia biológica, no campo da atenção secundária, admite-se que tenha que existir um campo teórico que trate a questão do cuidado de maneira ampliada, abordando as suas múltiplas dimensões e as demandas geradas pelos avanços tecnológicos impostos pelas novas tecnologias medicamentosas.

A hipótese apresentada no decorrer do estudo levou à elaboração da **tese** que é: asmúltiplas dimensões do cuidado e a dimensão empírica que emergiu do estudo permitem sustentar a proposta de um modelo de gestão em saúde, no campo da atenção secundária, centrado no cuidado ao paciente com doença crônica não transmissível em uso de terapia biológica.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT.

Objetivos específicos:

- a) Caracterizar o perfil dos pacientes com DCNT atendidos na unidade de terapia biológica;
- b) Explorar o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico sob a ótica dos profissionais que atuam na unidade de terapia biológica no campo da atenção secundária;
- c) Avaliar o fluxograma do atendimento da unidade de terapia biológica;

- d) Adaptar o fluxograma do atendimento considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde;
- e) Analisar as possíveis contribuições específicas para o trabalho de Enfermagem.

Este estudo se **justifica** a partir dos seguintes dados:

- a) A proposta de um modelo de gestão do cuidado ao paciente com doença crônica, com base nas análises do processo de trabalho de profissionais de saúde, em especial da enfermagem, na atenção secundária, é uma estratégia valiosa, pois é considerado um indicador organizacional e assistencial.
- b) O caráter inovador da gestão do cuidado ao paciente com DCNT em uso de terapia biológica aponta para grande escassez de produções na área e com a utilização da *pesquisa exploratória* foi possível se familiarizar com um assunto ainda pouco conhecido ou explorado.
- c) As DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. No entanto, apesar da produção científica significativa sobre essas doenças e seus fatores de risco no Brasil, não são encontrados estudos na temática da terapia biológica e da atenção secundária (DUNCAN, 2012).
- d) A gestão do cuidado na DCNT passou a ser considerada importante pelos gestores na busca de intervenções e estratégias para reduzir custos, diminuir hospitalizações e combater agravos (VERAS, 2012).
- e) A maior parte dos programas de atendimento à DCNT foca exclusivamente na doença, sendo necessária a criação de modelos de cuidado que funcionem de modo integrado (VERAS, 2012).
- f) O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe um Modelo de Atenção à Saúde, que se fundamenta na integração dos serviços em Rede, Regionalização e Hierarquização e é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestado por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público do Brasil (DUNCAN, 2012). Muitas dessas propostas podem ser testadas com a aplicação de um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária.
- g) Observa-se que na prática priorizam-se ações curativas e condições agudas, centradas na atuação do médico a partir da demanda, e não nas reais

necessidades dos usuários (COELHO; JORGE, 2009; TRAVERSO-YEPEZ; MORAIS, 2004).

- h) O acesso aos serviços de atenção secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. Esse nível de atenção é caracterizado como o "gargalo" na efetivação da RAS (OLIVEIRA et. al., 2010). Assim, estudar o processo de trabalho a partir da fala dos profissionais que atuam na atenção secundária pode favorecer o acesso ao serviço, assim como um melhor fluxo de referência e contrarreferência.
- i) Apesar dos esforços dos gestores apresentarem êxitos, muitos problemas ainda são evidentes, como a não continuidade do cuidado, falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais para atenção terciária e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária que são tidas como entraves à garantia do cuidado integral do paciente com DCNT, tornando incompleto esse processo na rede (ALMEIDA et. al., 2010).
- j) A necessidade de superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no 'especialismo' e na orientação hospitalar); da valorização do social e da subjetividade; da valorização do cuidado, e não só da prescrição; do estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; da atenção à saúde organizada a partir da lógica de linhas do cuidado, e não da doença; da crítica à medicalização e ao 'mercado da cura', entre outros princípios (CECCIM, 2008).
- k) Estudos apontam que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). Assim, o campo da atenção secundária precisa reconhecer suas demandas e estabelecer modelos de cuidados que garantam sua parcela na integralidade do cuidado.

- l) A integração dos serviços de saúde em RISS como forma organizar a prestação de atenção deve ser um meio para melhorar a eficiência e o acesso aos serviços, e não um fim em si mesma, principalmente quando não se conhecem exatamente seus potenciais benefícios e riscos (VÁZQUEZ; VARGAS, 2006).
- m) Estudos abordam questões como barreiras de acesso relacionadas à gestão da rede de atenção à saúde, barreiras relacionadas com a estrutura e organização dos serviços, barreiras relacionadas às características da população, porém essas são barreiras percebidas na estratégia de saúde da família (LIMA et al., 2015). Não foram encontrados estudos com essa abordagem no campo da atenção secundária e com foco em pacientes em uso de terapia biológica. Apesar disso, é possível afirmar, pela experiência vivida, que muitas barreiras identificadas na atenção primária também são percebidas no campo secundário.
- n) Um dos primeiros modelos teóricos existentes sobre o acesso aos serviços de saúde foi apresentado por Aday e Andersen (1974). Esses autores apresentaram a proposta do modelo comportamental sobre o uso dos serviços de saúde. No entanto, até hoje não se encontra nas produções nenhuma proposta de modelo para ser aplicado na atenção secundária.

Contribuição do estudo

Diante da problemática que envolve o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico sob a ótica dos profissionais que atuam na unidade de terapia biológica no nível secundário, este estudo mostra-se relevante, pois pouco se investiga sobre esses temas. Além disso, através do estudo, buscou-se aprofundar as reflexões sobre as múltiplas dimensões do cuidado em saúde, com base em evidências científicas.

A partir do levantamento bibliográfico, percebeu-se uma escassez de produção científica sobre a gestão do cuidado no campo da atenção secundária e que ao encontrar material sobre gestão do cuidado a abordagem temática refere-se ao atendimento na atenção primária, ao cuidado na área de doença renal ou terapia com imunobiológicos especiais. Assim, esta pesquisa faz-se relevante a fim de apresentar produções de pesquisas sobre o objeto proposto.

Acredita-se que os resultados apresentados por este trabalho podem incentivar ações interdisciplinares entre os profissionais de saúde que atuam na atenção secundária e no

cuidado ao paciente crônico, na construção de indicadores do processo de trabalho, nas ações de educação permanente, na elaboração de planos de cuidados que atendam às adversidades da terapêutica medicamentosa, além da garantia do vínculo.

Salienta-se que a enfermagem é responsável pela condução de grande parte do processo de trabalho na garantia do cuidado a esses pacientes, buscando ações que visem garantir a gestão do cuidado na unidade de terapia biológica e a segurança do paciente durante o uso da terapia biológica. Nesse contexto, este estudo pode contribuir para despertar o interesse de graduandos, professores e profissionais de enfermagem a investigarem o tema objeto desta investigação.

Pretende-se com esta pesquisa ampliar o conhecimento sobre as especificidades desse campo de atuação que é o cuidado ao paciente com doenças crônicas em uso de terapia biológica no campo de atenção secundária, no qual a enfermagem tem apresentado pouca expressão teórico-prática, mas que sua atuação é imprescindível para que esse nível dê certo. Além de ofertar possibilidade de estruturas de modelos de cuidados assentados em bases teóricas atuais e coerentes ao Sistema Único de Saúde, com a ideia de direito à saúde de todos.

O grande interesse é contribuir para um maior número de estudos na área de gestão do cuidado e do uso de tecnologias inovadoras para o tratamento de pacientes com DCNT em uso de terapia biológica, como também ampliar o desenvolvimento científico na linha de pesquisa Trabalho, Educação e Formação Profissional em saúde e enfermagem.

Será apresentada, portanto, no primeiro capítulo, uma revisão teórica com elementos constitutivos do campo da gestão da doença crônica na atenção secundária; em seguida, a metodologia escolhida que buscou familiarizar-se com o fenômeno a ser estudado, através da abordagem qualitativa exploratória, utilizando o grupo focal e a entrevista como técnicas para coleta de informações. Na sequência, os principais resultados encontrados, inclusive a categoria empírica que vem se somar às categorias teóricas de Cecílio. E, por fim, as considerações a respeito da gestão do cuidado ao paciente com DCNT em uso de terapia biológica, no campo da atenção secundária, em especial o papel de enfermeiro nessa proposta de modelo.

1 REFERENCIAL TEÓRICO DO ESTUDO

Para estruturação do referencial teórico este estudo foi estruturado, primeiramente, com uma caracterização teórico-conceitual do campo da atenção secundária no SUS; posteriormente, apresentaram-se as políticas públicas de prevenção e controle das DCNT no Brasil; na sequência, o manejo do cuidado na unidade de terapia biológica; e, por fim, o texto apresentando a organização do processo de trabalho de enfermagem no campo da atenção secundária e os conceitos de gestão do cuidado à luz do referencial teórico-conceitual das múltiplas dimensões da gestão do cuidado de Luiz Carlos Oliveira Cecílio.

1.1 Caracterização teórico conceitual do campo da atenção secundária

A reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de rede de atenção, é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (MENDES, 2012).

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, intermediária entre a atenção primária e a terciária interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência, além de cirurgias ambulatoriais.

No âmbito dos programas e serviços de saúde, melhores práticas incluem, além da aplicação de conhecimento em situações e contextos específicos, sua realização com o emprego adequado de recursos para o alcance de resultados. Assim, ao associar referenciais de melhores práticas à atenção secundária, potencializam-se respostas positivas às demandas dos usuários em um espaço estruturante da RAS (ERDMANN et. al., 2013).

Um estudo realizado em Florianópolis (ERDMANN et. al., 2013), em 2011, realizou uma análise com gestores, usuários e profissionais dos serviços de saúde secundários e

elaborou como resultado um modelo teórico centrado no cuidado na atenção especializada. A formulação desse modelo está pautada em quatro categorias: identificação da estrutura e organização da atenção secundária na rede de atenção à saúde; descrição das dificuldades na organização das práticas de saúde no nível da atenção secundária; caracterização de melhores práticas no nível da atenção secundária para estruturação da rede de atenção à saúde; e contribuição da atenção secundária para melhores práticas em saúde.

No que tange à estrutura e organização das práticas de saúde na atenção secundária, o estudo apontou que o modo como estão estabelecidas as práticas de atenção à saúde, contemplando as políticas, princípios e normas que regem seu funcionamento, é o ponto principais de alerta, incluindo as rotinas de trabalho, em termos de quantidade e duração das consultas/dias, jornada de trabalho e oferta de especialidades.

Nos dias atuais, a demanda para a atenção especialidade é regulada pelo Sistema de Regulação do SUS (SISREG), que orienta o fluxo de atendimentos ambulatoriais, referenciados pela atenção básica. No entanto, muitos problemas têm sido elencados quando se trata do SISREG. Podemos destacar problemas de comunicação, dificuldades na organização da rede, entre outros, que acabam afetando o acesso da população no campo da atenção secundária, gerando um índice significativo de absenteísmo.

De acordo com o estudo, as dificuldades identificadas no componente assistencial do modelo de atenção dizem respeito à direção das interações e articulações entre a atenção básica e a atenção secundária. A falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado apresentam-se como limitações de um serviço em rede, comprometendo, assim, o seu funcionamento (ERDMANN et. al., 2013). E ainda destacam a carência de qualificação e de capacitação dos profissionais para atuar nesse nível de atenção.

Essa falta de acesso às ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e aos cuidados necessários perante os processos de adoecimento dificultam a prestação da atenção universal e integral no SUS. A demora por agendamento de consultas é um dos grandes pontos de dificuldade de acesso no campo da atenção primária e secundária.

É importante reforçar que a atenção básica deve ser mais do que a “porta de entrada” ao sistema de saúde, deve ser uma “porta aberta”, capaz de dar respostas “positivas” aos pacientes, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (BRASIL, 2006).

Um outro ponto determinante na não garantia do cuidado integral na atenção à saúde é a cultura dos pacientes de buscar atendimento só para tratar a doença e seus sintomas, deixando de lado as ações de promoção e prevenção da saúde.

Raupp (2015) em seu estudo apontou que para os usuários essa dificuldade de acesso é percebida como um descaso na atenção à saúde e como alternativa muitos optam por pagar consultas no serviço privado como garantia de um atendimento mais rápido e com igualdade na atenção às suas necessidades.

O novo modelo ampliado de cuidado representa um passo importante para os responsáveis pela elaboração de políticas, planejamentos de setores de saúde e outros agentes relevantes para o empreendimento de ações que visem à redução de ameaças impostas pelas condições crônicas. Os tomadores de decisão podem adotar medidas que reduzirão essas ameaças à saúde da população, aos sistemas de saúde e às economias. As ações empreendidas por esses agentes no tocante ao financiamento, alocação de recursos e planejamento do sistema de saúde podem reduzir substancialmente os efeitos negativos dos problemas crônicos. Dispondo de conhecimentos essenciais para melhorar a atenção à saúde, os tomadores de decisão podem fazer a diferença (BRASIL, 2013).

Há quatro anos, um centro no estado de Minas Gerais utiliza o modelo de condição crônica (MACC) no cuidado dos usuários com diabetes, hipertensão, doenças renais crônicas, para detecção precoce de lesões precussoras de câncer de mama e de colo uterino, em gestantes e crianças de alto e muito alto risco. As ferramentas desenvolvidas no Centro de Referência para o manejo dos usuários com condições crônicas podem ser consideradas como inovadoras, especialmente, por focarem o usuário, suas necessidades de saúde e ter uma equipe multiprofissional como retaguarda da assistência (BRASIL, 2013).

Cabe ressaltar que além dos elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas também é essencial. No entanto, o bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais. Por especialistas focais, entende-se não somente os médicos, mas outros profissionais, como os enfermeiros, cuja atuação é sabidamente efetiva e eficiente (BRASIL, 2013).

Compreende-se que uma comunicação eficaz entre os diferentes serviços contribui para a desfragmentação da rede, assim como uma efetiva participação dos trabalhadores no âmbito da atenção, porém dificuldades organizacionais e do próprio processo de trabalho podem ser um dos fatores que comprometem esse atendimento.

Segundo Siqueira (2016), a falta de informações, a comunicação deficiente e a burocracia nos serviços de saúde são aspectos que influenciam no caminhar deles nos serviços. Assim, seu encaminhamento na rede depende da articulação dos profissionais, em que a resolutividade da atenção à saúde se caracteriza como um dos pilares, para garantir a eficácia e qualidade do atendimento prestado à população.

Hoje, a falta de resolutividade da atenção primária é uma realidade enfrentada diariamente pelos usuários do SUS, podendo causar uma sobrecarga de alguns serviços e aumentar a procura na atenção secundária e terciária. Com isso, confirma-se a necessidade de fornecer, cada vez mais, ao paciente informações no que se refere aos serviços oferecidos pela RAS, podendo assim contribuir para minimizar as filas no atendimento no campo de atenção secundária e terciária e fortalecer a rede (LIMA, 2015).

A implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem o objetivo de promover mudanças na atenção à saúde, que são críticas e estão mais ligadas às modificações no processo de trabalho das equipes, que devem acontecer em todos os pontos de cuidado, desde a Atenção Básica à Saúde (ABS), passando pela Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), pela urgência e pelo cuidado hospitalar e domiciliar (SILVA, 2011).

A assistência para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional que deve produzir novas sistemáticas de cuidado, a partir de arranjos no trabalho em equipe, tais como reunião de equipe, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais.

O conhecimento profundo da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados. Cada doença pode ter uma estratificação de risco diferenciada. É fundamental construí-la de acordo com as especificidades da enfermidade, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros (SILVA, 2011).

O cuidado à pessoa com doenças crônicas na RAS precisa ser reorganizado com a proposta de se adaptar à atual situação, que exige um tratamento que envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que não visa à cura, mas à estabilização da condição de saúde e ao incremento da qualidade de vida do usuário.

É preciso que se dê atenção ao cotidiano dos pacientes com DCNT e seus caminhos em busca de cuidados em saúde para que não ocorra uma lacuna entre a teoria e a realidade do

SUS que possa inviabilizar ou despontencializar a concretização de uma rede de atenção integral.

Nesse sentido, investigações que considerem a perspectiva dos usuários e sua satisfação ou insatisfação com a atenção recebida são consideradas estratégicas por permitirem avaliar a atenção com o intuito de influenciar o nível de qualidade dos serviços prestados (RAUPP et al., 2015)

Como os estudos para compreender como e em que momento os pacientes buscam ajuda para resolver demandas e problemas de saúde no Brasil ainda são incipientes, é importante a realização de novos estudos para subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão com vistas a construir uma prática assistencial mais integrada (CABRAL, 2011).

O estudo realizado por Raupp, em 2012, identificou que a grande maioria dos usuários entrevistados não referia participar de atividades de promoção ou prevenção em saúde e procurava locais como o prontoatendimento em casos agudos, tendo, assim, pouco contato com as UBS, que não frequentava ou as procurava apenas para consultas ou procedimentos eventuais, antes de ter conhecimentos de suas DCNT.

1.2 As políticas públicas de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem um papel central no atual perfil de saúde da população mundial (WHO, 2011). No Brasil, ainda que a mortalidade por essas doenças se encontre em declínio, a maioria dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) permanece sendo atribuída a elas, com repercussões negativas nos gastos com atenção à saúde (WHO, 2011). Entretanto, esse é um cenário reversível, tendo em vista que dentre os principais fatores de risco para as DCNT encontram-se questões comportamentais modificáveis, como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o consumo de tabaco e álcool e o excesso de peso (WHO, 2011).

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que tem resultado em alterações no padrão de morbimortalidade da população (WHO, 2011). Com esse cenário, é verificado o expressivo

aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) diante da redução gradativa na carga de doenças infecciosas. Tais mudanças nos padrões de ocorrência das doenças representam grande desafio para a gestão da saúde no país, dada a complexidade do manejo das doenças crônicas (MALTA et al., 2006).

Dados do Sistema de informações sobre mortalidade (SIM) de 2015, utilizando a metodologia do estudo Carga Global de Doenças, mostraram mortalidade proporcional por DCNT, no Brasil, de 75,8% dos óbitos, seguida dos óbitos por causas externas (12,4%) e dos óbitos por doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais (11,8%) (MALTA, 2017). Nesse contexto, conclui-se que as DCNT são de longe as causas principais de morte no mundo, de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera que a epidemia global de DCNT pode ser interrompida (GAWRYZEWSK et al., 2009).

Quando não prevenidas e gerenciadas adequadamente, as DCNT demandam assistência médica com elevados custos em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica para tratamentos de maior efetividade e precisão (GAWRYSZEWSKI et al., 2009).

Desse modo, estudos na área e a implantação de medidas para a sua prevenção têm sido preocupação de governos e organizações não governamentais, tanto internacionais como nacionais, principalmente a partir dos anos 1990 (GAWRYZEWSK et al., 2009).

Semelhante a qualquer outro agravo de importância de saúde pública, é fundamental vigiar ou monitorar essas doenças. Para selecionar os agravos que se deseja monitorar, deve-se considerar a magnitude do problema, o seu impacto social e econômico, a existência de medidas de prevenção primária (promoção e proteção da saúde) ou secundária (tratamento e controle) (LESSA, 2004).

Que se trata de um problema de grande magnitude não se tem dúvida e que essa é uma situação de doença muito delicada e complexa também não há dúvidas. Na tentativa de elaborar uma definição mais ampla possível para as DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, cunhou o termo “condição crônica” para designar uma gama de problemas de saúde de naturezas variadas, tendo em comum a persistência no tempo de maneiras diversas e a necessidade de cuidados continuados (OMS, 2003). No entanto, embora amplie a concepção de doença crônica, essa designação ainda não abarca a complexidade da experiência com adoecimentos prolongados e/ou permanentes e o modo como afetam a vida da pessoa doente e sua família.

Nessa configuração própria do adoecer e cuidar, a denominação “Situação Crônica” se mostra mais adequada, tendo como definição “aquela que envolve o adoecimento e os muitos cuidados requeridos, assim como os afetamentos do próprio adoecer e o buscar por cuidados

no viver da pessoa adoecida e de sua família”. Também envolve os sentidos que a família e a pessoa adoecida conferem ao adoecimento, o modo como esta deseja ser cuidada, os potenciais e possibilidades dessas pessoas cuidarem e serem cuidadas ao longo do tempo, pondo em destaque “os modos de existência que lhes sustentam o cuidado” (BELLATO et al., 2013). Não se restringe, portanto, ao processo de adoecimento, mas abarca o cotidiano de vida em família e o cuidado por ela tecido, engendrando respostas mais efetivas às necessidades da pessoa adoecida (ALMEIDA et. al.,2014)

As doenças crônicas também têm um grande impacto na economia, levando a diversas crises nos setores de saúde na tentativa de reestruturação dos serviços e financiamentos para seu desenvolvimento. Ainda se tem a redução da produtividade no trabalho afetando a renda das famílias, causada pela presença da doença crônica e suas comorbidades¹⁴.

O relatório Mundial de Saúde de 1999 concluiu que uma parcela significativa da saúde precária é decorrente da pobreza e de baixos níveis de escolaridade ou de suas consequências diante de uma dieta inadequada ou da falta de saneamento básico ou de outros fatores específicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Sabe-se que as pessoas com baixo poder econômico são as mais afetadas com as condições precárias de saúde, correndo um risco cada vez maior de empobrecer. Com a doença elas acabam entrando em um círculo vicioso, em que a condição precária de saúde leva à baixa produtividade e capacidade reduzida para trabalhar, e isso tem como consequência um baixo poder aquisitivo, recursos limitados para comida, saneamento e tratamento de saúde.

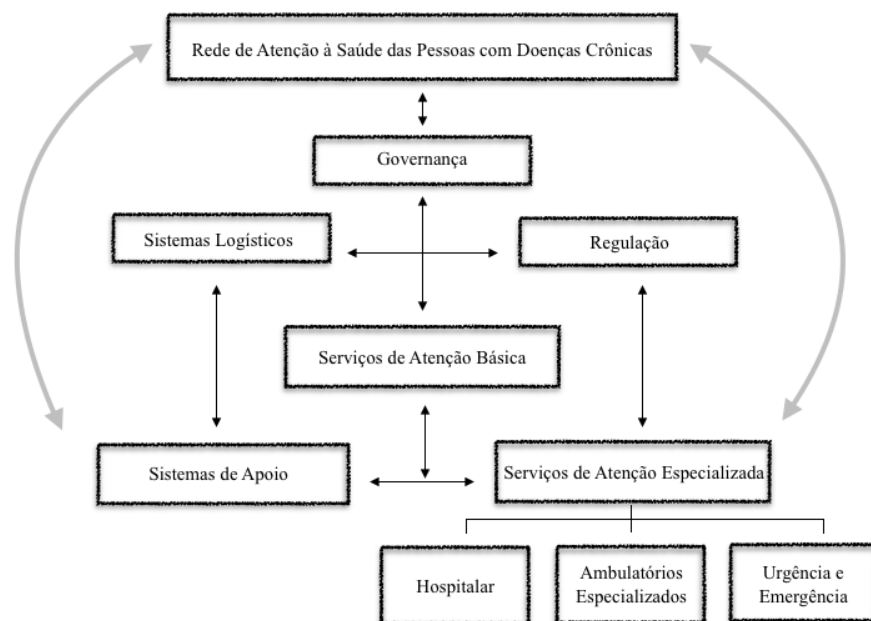
Diante de tanta complexidade, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em parceria com diferentes setores do governo e da sociedade civil, e o mesmo prevê um conjunto de medidas para reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura por enfermidades como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, por exemplo, infarto e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2012).

A taxa de mortalidade prematura até os 70 anos, por DCNT, é de 255 a cada grupo de 100 mil habitantes. Com a proposta, espera-se chegar à taxa de 196 por 100 mil habitantes em 2022. O plano, que reúne ações para os próximos dez anos, é a resposta brasileira a uma preocupação mundial: estima-se que 63% das mortes no mundo, em 2008, tenham ocorrido por DCNT, ou seja, um terço delas em pessoas com menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2012).

O plano abrangeu os quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação inadequada) em três eixos estratégicos: 1. vigilância, informação, avaliação e monitoramento; 2. promoção da saúde; e 3. cuidado integral, bem como metas e compromissos assumidos pelo Brasil (BRASIL, 2012).

Além disso, na tentativa de melhor organizar o acesso e a gestão do cuidado ao paciente com DCNT, o Ministério da Saúde (MS) se mobilizou na criação da "Rede de Atenção aos Indivíduos Portadores de Doenças Crônicas"(RAIPDC), que contempla a organização e a articulação dos serviços e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, por meio de suporte técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2014). A Figura 1 apresenta sua estrutura.

Figura 1 - A Rede de Atenção aos Indivíduos Portadores de Doenças Crônicas



Fonte: BRASIL, 2014.

No entanto, embora essas estratégias sejam muito relevantes na redefinição do perfil epidemiológico da população cuja vigilância permite uma intervenção precoce, ainda não se percebe um monitoramento dos fatores de risco de forma adequada na realidade brasileira.

A vigilância de DCNT se diferencia em relação à vigilância de doenças transmissíveis, pois não é centrada na notificação compulsória e imediata dos casos suspeitos, e sim utiliza cadeias multicausais de determinação, e as medidas de prevenção e promoção à saúde são de abrangência populacional (MALTA, 2011).

O plano apresenta ações que reorganizam e qualificam a rede de atenção às urgências, com estratégias como atenção domiciliar para os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) com dificuldades de locomoção ou pessoas que precisem de cuidados regulares ou intensivos, mas não de hospitalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Inverter esse modelo do sistema de saúde de uma lógica pautada em doenças para uma pautada na prevenção é imperativo para assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo (VERAS, 2011).

Diversos indicadores foram desenvolvidos na perspectiva de identificação precoce da instalação e acompanhamento da evolução da DCNT. Dentre eles, a autoavaliação do estado de saúde se destaca por ser uma medida simples e pouco custosa com boa capacidade de apontar o estado de saúde de indivíduos e populações, indicando tanto o risco aumentado para doenças e óbito (IBGE, 2014) quanto a sua qualidade de vida e longevidade (THEME-FILHA et al., 2008).

A autoavaliação da saúde consiste simplesmente no registro da impressão do indivíduo sobre sua condição atual de saúde segundo escala de cinco níveis: “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim” (DOWD; ZAJACOVA, 2010; GUNASEKARA et al., 2012) e pode ser identificada tanto por entrevista presencial quanto por telefone.

Mais recentemente, em estudo realizado com a população sueca, avaliou-se o poder preditivo da autoavaliação de saúde para a mortalidade em diferentes grupos socioeconômicos. Entre os resultados, encontrou-se forte relação envolvendo a avaliação ruim da saúde e a mortalidade em todos os subgrupos estudados, sugerindo novamente que a percepção negativa de saúde pode ser vista com um indicador de mortalidade, destacando seu potencial para subsidiar planejamentos em saúde e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BURSTROM; FREDLUND, 2001).

Faz-se necessário ressaltar que a saúde não pode envolver meramente a assistência, mas a preparação para o serviço, a intervenção, a recuperação, o monitoramento/gerenciamento da condição clínica, a promoção do acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação para os pacientes, familiares e comunidade (PORTER, 2009).

A crítica que alguns estudos fazem se dá quando se expande essa proposta de reorganização da rede de saúde para todas as faixas etárias, em particular para os idosos, que são pacientes com múltiplas patologias crônicas. Para essa faixa da população, as ações devem acontecer de forma integrada. Não se trata de gerenciamento de doença crônica, mas do monitoramento do perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma

manifestação só pode ser conduzido com a redução ou a suspensão de outras ações que já vinham sendo desenvolvidas (PORTER, 2009).

As inovações no manejo das condições crônicas de saúde têm sido hoje o grande desafio da saúde pública e se destaca nesse contexto a atenção secundária à saúde, que hoje sofre uma grande reestruturação com mudança no seu perfil e fluxo de atendimento.

A necessidade de implantação de ações de promoção como estratégia para redução da morbimortalidade através de hábitos saudáveis é extremamente relevante. E o monitoramento da mortalidade, morbidade e prevalência de fatores de risco são atividades que devem ser levadas em consideração no planejamento, implantação e/ou aprimoramento de programas de controle e prevenção de agravos.

1.3 O manejo clínico e da gestão do cuidado na doença crônica e na terapia biológica

O ônus das doenças não transmissíveis está aumentando, particularmente em países de baixa e média renda em rápida transição epidemiológica. A morbidade múltipla, a coexistência de mais de uma condição crônica em uma pessoa, está aumentando, principalmente nos países da África, em particular a multimorbidade devido a comorbidades crônicas não transmissíveis e infecciosas (CCNTI) (ONI et al., 2014).

Essa complexa multimorbidade é um grande desafio para os modelos existentes de prestação de cuidados de saúde e apresenta uma necessidade de assegurar cuidados integrados através das vias da doença e através dos cuidados primários e secundários (ONI et al., 2014).

Para atingir a meta de redução de 25% na mortalidade por DCNT até 2025, estabelecida na 65ª Assembleia Mundial da Saúde, estratégias inovadoras serão necessárias. O estudo de Onit et al. (2014) aponta a proposta de incorporação de interações biológicas, carga de trabalho e capacidade do paciente e do provedor de saúde ao quadro de Estrutura de Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (ICCC) para renovar os cuidados primários de saúde e o gerenciamento integrado de DCNT para otimizar os resultados de saúde.

A estrutura propostaincorpora fatores individuais do paciente, da sua interação com a equipe de saúde, das relações da equipe de saúde e a organização e das políticas que integram o cuidado e que influenciam o comportamento do paciente, interações biológicas entre doenças coexistentes e fatores de risco, contribuindo para o aumento da complexidade, com

implicações na capacidade do provedor de saúde de gerenciar essas condições e políticas do sistema de saúde(ONI et al., 2014).

É importante lembrar que a organização do setor saúde tem sido amplamente discutida durante os últimos anos no Brasil e em muitos outros países na tentativa de se encontrar alternativas que orientem o desenvolvimento e o funcionamento dos serviços de saúde, na nova conjuntura socioeconômica e política. Nesse sentido, considera-se importante aprofundar o estudo do Gerenciamento de Caso (GC), que consiste na definição de uma equipe de saúde ou um único profissional que se responsabiliza pela atenção do paciente durante todo o processo clínico e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção e sobre os serviços prescritos e recebidos (GONZALES et al., 2003).

A GC surge com uma alternativa para melhorar os serviços de saúde do Brasil, como uma tecnologia de gestão da clínica, que tem como proposta responder às necessidades de saúde dos pacientes, no que tange à gestão da oferta e de serviços de saúde.

A gestão da saúde no início do século XXI desvenda as singularidades dos sistemas de atenção à saúde e das leis e princípios universais que os regem e que se manifestam pelo deslocamento da gestão de meios para a gestão de fins e, por consequência, do desenvolvimento e implementação da gestão da clínica. Assim, os modelos de atenção às condições crônicas, além de convocarem uma nova clínica, exigem uma nova gestão, a gestão da clínica (MENDES, 2011).

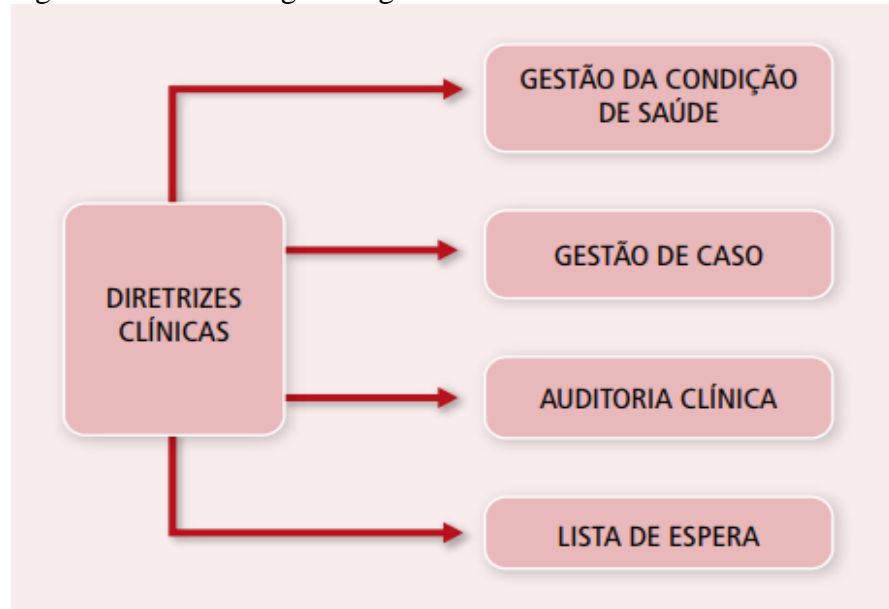
As organizações de atenção à saúde operam com um número monumental de pequenas decisões clínicas, ocorrendo que essas pequenas decisões clínicas, devido às leis e aos princípios do sistema de atenção à saúde, estão longe de ser racionais, especialmente no que concerne à variabilidade dos procedimentos de saúde ofertados à população. Por essa razão, instala-se uma permanente contradição: como organizações profissionais as organizações de atenção à saúde não podem controlar demasiadamente as ações de seus operadores, mas, por outro lado, não podem deixar que atuem com total autonomia. Daí que a gestão dessas organizações sempre se fará com algum conflito entre os profissionais-operadores e os gerentes da tecnoestrutura (MENDES, 2011).

Isso coloca a necessidade de uma gestão em sintonia fina que permita aos profissionais sentirem-se responsáveis pelos serviços, mas que os imponha algum tipo de constrangimento, o que significará a construção de uma organização dialógica em que os profissionais da ponta participem das decisões estratégicas e operacionais e os instrumentos de constrangimento da liberdade clínica, expressos em diretrizes clínicas, sejam acordados com os profissionais. Em

síntese, a natureza singular das organizações de saúde convoca a gestão da clínica (MENDES, 2011).

A gestão da clínica, portanto, parte das diretrizes clínicas para desenvolver outras tecnologias de gestão, como na Figura 2.

Figura 2 - As tecnologias de gestão da clínica.



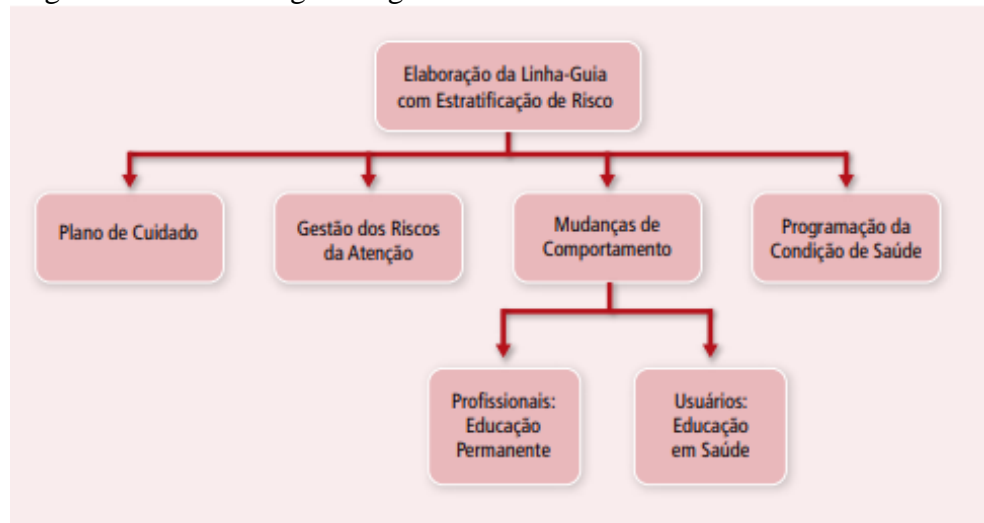
Fonte: Mendes, 2011.

Mendes (2011) define as diretrizes clínicas como recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas.

Assim, como as outras tecnologias de gestão, as diretrizes clínicas abancam-se na medicina baseada em evidência (MBE), apresentando-se em dois tipos, os guidelines e os protocolos clínicos, ambos usados com a proposta de prestar um cuidado à saúde apropriado em relação a uma determinada condição de saúde. Para tal, as diretrizes clínicas cumprem quatro funções: a gerencial, a educacional, a comunicacional e a legal.

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida, estratificada por riscos, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado. É dividida entre a condição de saúde de nível 1, que vai privilegiar o autocuidado apoiado, e na condição de saúde de nível 2 (Figura 3), que se fixa, relativamente, na atenção profissional, apesar de manter os procedimentos de autocuidado (MENDES, 2011).

Figura 3 - As tecnologias de gestão da clínica



Fonte: Mendes, 2011.

Segundo Mendes (2011), a gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS. O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o contexto familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Uma outra tecnologia da gestão da clínica é a auditoria clínica que se impõe em função da singularidade organizacional dos sistemas de atenção à saúde. As organizações profissionais movem-se em uma permanente tensão entre gerentes e profissionais. Um dos instrumentos para administrar esse conflito é a auditoria clínica porque ela permite criar padrões objetivos e transparentes (MENDES, 2011).

Por fim, a tecnologia de lista de espera que constitui, hoje, o principal problema dos sistemas de atenção à saúde nos países da Europa Ocidental, no Canadá e no Brasil, pois geram insatisfações na população e aumentam os custos da atenção.

No Reino Unido, pesquisas de opinião demonstraram que o tempo de espera para acesso a especialistas e a cirurgias eletivas constitui a primeira e segunda queixas dos cidadãos em relação ao Serviço Nacional de Saúde (NHS) (MENDES, 2011).

Assim sendo, as listas de espera constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda. Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população (MENDES, 2011).

Atender às necessidades da população é hoje um grande desafio para os modelos de prestação de cuidados existentes e há uma necessidade de atender às crescentes necessidades de tratamento de doenças crônicas, assegurando cuidados integrados através dos níveis da atenção à saúde primários e secundários.

Sabe-se que a coordenação da rede de cuidados é de responsabilidades da atenção primária em saúde, porém nem sempre esse papel é assumido. Em Portugal, a busca pela organização dessa rede vem promovendo maior acesso, continuidade, autonomia de gestão e humanização dos serviços (ONI et al., 2014).

O tratamento das DCNT, em especial daquelas tratadas nos serviços de especialidade abordados neste estudo, sofreu uma progressiva melhora ao longo do tempo, que foi expandida com a chegada das terapias biológicas e todo esse processo tem implicado na melhoria dos resultados terapêuticos e da qualidade de vida, bem como na redução da morbimortalidade dos pacientes (MOTA et al., 2015).

Os agentes biológicos (AB) têm progressivamente sido utilizados com maior frequência na terapêutica de algumas doenças²⁰ na área da reumatologia, pneumologia, gastroenterologia e alergia, quando a doença se mantém ativa apesar de ter sido efetuada a terapêutica adequada com os fármacos convencionais.

No entanto, apesar do avanço tecnológico gerado pela chegada das novas terapias, os principais questionamentos dos profissionais e pacientes são sobre os benefícios, custos e segurança dessas medicações.

Em virtude do receio sobre o perfil de segurança, inicialmente, os AB estavam reservados para as formas avançadas da doença e refratárias aos medicamentos tradicionais. Hoje, cerca de 15 anos após o início de sua comercialização e com a experiência obtida no acompanhamento dos pacientes, seu emprego já é indicado em quadros menos graves e, até mesmo, em casos selecionados, em fases mais iniciais dessas doenças (MOTA, 2015).

Até o momento, esses medicamentos têm se mostrado relativamente seguros. Um novo desafio surge com o uso, em sequência, por um mesmo paciente, de diferentes AB (MOTA, 2015). Assim como ocorre com qualquer fármaco, a equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, deve estar atenta aos possíveis efeitos indesejáveis e à segurança do uso de uma terapia intravenosa.

Consensos estão sendo criados em cada área médica e vêm indicando a terapêutica para estabelecer critérios para início do tratamento, manutenção e sua interrupção, além dos cuidados em casos de reações adversas.

Além dos consensos, a estratificação de riscos, os planos de cuidados direcionados, as mudanças comportamentais, a educação em saúde e educação permanentes são pilares importantes da gestão do cuidado em saúde. Com a incorporação de novas tecnologias, atualmente, dispõe-se de uma série de recursos tecnológicos que podem contribuir para uma prática mais segura e de qualidade.

O manejo das tecnologias durante a terapia intravenosa (TIV), como cateteres intravenosos, acessórios com dispositivos de segurança e bombas de infusão de última geração, está intimamente relacionado com a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro (MOREIRA et al., 2017). No entanto, é importante que o conhecimento acerca do uso dessa tecnologia seja ampliado, não só na chegada de equipamentos, mas em profissionais capacitados para utilizar a tecnologia integralmente.

Outro ponto relevante no uso da TIV é a identificação das dificuldades encontradas no manuseio da tecnologia, uma vez que isso dará subsídios para compreender o modo como esses profissionais agem perante o paciente grave dependente dessa terapia, possibilitando mais domínio das ferramentas e instrumentos gerenciais necessários para incrementar sua prática e propiciando desdobramentos positivos para o cuidado quanto à segurança do paciente (MOREIRA et al., 2017).

A monitorização dos pacientes em uso da TB é outro fator importante no manejo do cuidado e deve ser feita com uma frequência mínima de 3 meses (SANTOS, 2007), contudo esse intervalo deve ser adequado à realidade e necessidade de cada paciente. Diversas são as formas de se estabelecer o monitoramento, dentre elas consultas médicas e de enfermagem periódicas com uma avaliação global da condição de saúde do paciente; exames para comprovar a melhora das condições de saúde e seu não agravamento, usando como referência o início da terapia; educação em saúde para o autocuidado do paciente; orientação sobre o armazenamento e transporte seguro do medicamento; monitoramento telefônico para identificar efeitos adversos recentes e tardios à infusão da terapia biológica e avaliar o conhecimento do paciente sobre sua terapêutica.

O sistema de monitoramento por meio de entrevistas telefônicas é outra estratégia que vem sendo utilizada com bons resultados e reúne características potenciais de simplicidade, baixo custo e rapidez. No Brasil, esse sistema vem sendo utilizado em populações nas quais os serviços de telefonia alcançam a grande maioria das residências, situação que pode ser projetada para a maioria das cidades brasileiras em um prazo relativamente curto (MONTEIRO et. al., 2005).

Um estudo mostrou que o sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT a partir de entrevistas telefônicas pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema. Sugere-se que estudos posteriores focalizem nos aspectos relacionados à confiabilidade e à validação de sistemas de monitoramento como o implantado no município de São Paulo (MONTEIRO et. al., 2005).

É possível conhecer o perfil de saúde de uma população mediante metodologia que preveja a autoinformação. Esse procedimento permite avaliar amostras representativas da população, muitas vezes por um longo período, com menor custo e simplificação do trabalho de campo (SILVEIRA et. al., 2005).

O conhecimento dos usuários sobre sua terapêutica é outra ferramenta muito importante para qualidade do seu tratamento.

Alguns estudos mostraram que a maioria dos pacientes com DCNT, dentre elas a diabetes, apresentou déficit de conhecimento em relação ao medicamento em uso durante o tratamento da doença. Esse déficit pode agravar o estado de saúde da pessoa e, conseqüentemente, constituir em acréscimo significativo aos custos diretos e indiretos em saúde (FARIA et. al., 2009).

Assim sendo, entende-se que é preciso avançar na construção do processo de reorientação da atenção ao paciente, visto que não basta oferecer os medicamentos, mas é preciso também avaliar sistematicamente a forma como vêm sendo utilizados pela população, bem como os resultados do enorme investimento que o Ministério da Saúde vem fazendo, considerando as políticas públicas adotadas em relação ao acesso aos medicamentos.

O estudo (FARIA et. al., 2009) destaca que outros fatores, tais como efeitos adversos, melhora dos sinais e sintomas, motivação, dentre outros, guardam relação com o fenômeno investigado (conhecimento do paciente sobre o medicamento), o que se constitui em uma limitação para a compreensão das implicações dos resultados obtidos no presente estudo. Nessa direção, há necessidade de desenvolvimento de estudos que investiguem a contribuição dessas variáveis para melhor compreensão dessa temática.

1.4 A organização do Processo de Trabalho de Enfermagem no campo da Atenção Secundária

A organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas, já que ela não se resume apenas à forma como o trabalho é desenvolvido, dividido ou mesmo ordenado. Na verdade, o trabalho ocorre em uma determinada estrutura organizacional, sendo influenciado pelo modo de gestão e pela cultura institucional, bem como pelas macropolíticas vigentes na sociedade. Nesse sentido, pensar a organização do trabalho não significa somente refletir sobre o modelo implementado internamente na referida instituição. Há que se pensar a totalidade que compõe este contexto e a sua inserção social sob um modo de produção localizado historicamente (PIRES et. al, 2004).

As instituições convivem com diversas formas de organização do trabalho que apresentam características da divisão parcelar do trabalho, do trabalho coletivo do modo capitalista de produção, bem como características do trabalho profissional do tipo artesanal. As diversas formas de organizar o trabalho coletivo vêm influenciando, até hoje, o gerenciamento e a divisão do trabalho nos diversos setores da economia. As formulações de Taylor sobre a “gerência científica”, acrescidas da concepção fordista da linha de montagem, com a máquina controlando os tempos e movimentos do trabalho, ganharam espaço em todo o planeta, mas também é objeto de muitas críticas (PIRES et. al, 2004).

É importante destacar que a organização do trabalho não está apenas relacionada à atividade em si, mas também às relações de trabalho, que nascem de relações sociais de produção, as quais constituem a interação entre os diferentes agentes sociais. Essas relações que se estabelecem no interior das organizações e que fazem parte da organização do trabalho sofrem influência de variáveis internas do próprio ambiente organizacional, bem como de variáveis externas, da própria sociedade. Dessa forma, não se pode pensar na organização do trabalho só de forma técnica, da forma como o trabalho é operado. Ela é técnica, mas passa, também, por uma integração humana, que a modifica e lhe dá forma concreta (PIRES et. al, 2004).

Com base em alguns estudos de revisão sistemática (PIRES, 2000; PIRES et. al, 2004), é possível afirmar que, no cotidiano assistencial, o trabalho coletivo em saúde é exercido por múltiplos profissionais, no mínimo médicos e trabalhadores de enfermagem, além de outros profissionais e trabalhadores que desenvolvem uma série de atividades necessárias para o cuidado humano e para o funcionamento institucional.

Assim, ao estudar o processo de trabalho e o cotidiano de um serviço de média e alta complexidade na atenção secundária, será necessário compor o grupo de sujeitos que forma o

trabalho coletivo dessa unidade, sendo eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além da visão dos pacientes que são os recebedores dos cuidados gerenciados pelo múltiplo grupo de profissionais.

A Enfermagem, na sua grande maioria, tem adotado princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no ‘como fazer’, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência (PIRES et. al, 2004).

A fragmentação do trabalho traz consequências para o trabalhador e para quem recebe o cuidado, pois ao executar apenas parcelas do cuidado, sem conhecer o todo da assistência, o trabalhador aliena-se do processo de trabalho e descompromete-se com o resultado global da assistência. Autores apontam que uma alternativa para a superação do trabalho fragmentado ou funcional é o cuidado integral (PIRES, 2000).

No contexto das discussões sobre as mudanças que vêm ocorrendo e estão por ocorrer no mundo do trabalho, na atualidade, o processo de trabalho vem assumindo outros significados no que se refere às dimensões teórico-conceituais e metodológicas, sem correspondência quanto às condições concretas para a produção das ações de saúde nas unidades e serviços (DAVID et al., 2009). A fragmentação do trabalho e as práticas autoritárias e centralizadas não são condizentes com o desenvolvimento de um potencial humano crítico, criativo e inovador.

O processo histórico da Reforma Sanitária, a promulgação da Constituição Federal em 1988, pela qual se institui o Sistema Único de Saúde, explicita princípios de acessibilidade, hierarquização, integralidade da assistência, igualdade da assistência, autonomia, descentralização, entre outros, trazendo novas concepções quanto à dinâmica das relações dentro das instituições e destas com a sociedade civil. Desde então, tem-se buscado formas de inclusão do usuário, articuladas a mudanças na forma de assistir. Com isso, o processo de trabalho nos serviços de saúde é revisto, agora na perspectiva do trabalho coletivo, composto por áreas técnicas específicas, em que vários saberes se integram e se complementam. Nesse contexto, o trabalho em saúde é entendido como processo dinâmico, que se articula com outros trabalhos da sociedade e que se transforma no atendimento das necessidades sociais (REIS; DAVID, 2010).

O trabalho em saúde tem uma complexa configuração tecnológica, que produz e reproduz ações e intervenções para atuar nos problemas e satisfazer as necessidades de saúde (PEREIRA; ALVES, 2004). Sob esse raciocínio, o trabalho em saúde não tem um produto

material, seu produto é a própria realização da atividade, que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou grupos, necessitando de medidas para prevenção, promoção da saúde e a cura, sendo, em boa medida, realizado em um espaço hospitalar ou ambulatorial (PIRES, 2000).

Para discussão sobre o conceito ampliado de saúde, articula-se um debate a respeito da reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde (REIS; DAVID, 2010), fato que só reforça a importância da realização desta tese que busca propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT.

Assim, deve-se configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos com os usuários e na resolução dos seus problemas.

Observa-se que algumas diretrizes podem configurar um “tipo ideal” de organização da assistência, por exemplo, processos de trabalho multiprofissionais, interativos, combinados com relações inter-relacionadas marcando o encontro entre sujeitos, dispositivos de acolhimento e linhas de cuidado operando a integralidade (FRANCO, 2003).

A tecnologia do cuidado como atividade profissional representa uma reflexão importante para enfermagem, contemplando parte significativa de suas ações, com isso possibilita a reflexão do processo de trabalho de forma ampla e valoriza as competências profissionais necessárias para a prestação do cuidado (THOFEHRN et. al., 2014).

1.5 As múltiplas dimensões da gestão do cuidado: teoria e conceitos

Um estudo de revisão sistemática (MORORÓ, 2017), com base nas propriedades identificadas, definiu gestão do cuidado como uma articulação e integração entre as ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício de liderança, relações interativas, comunicativas e cooperativas assumidas pelo enfermeiro para com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e paciente.

Para entender um pouco melhor o conceito de gestão ou gerenciamento do cuidado, também se buscaram alguns fatos históricos e com eles se percebeu que a dicotomia entre a gestão e o cuidado permeia o gerenciamento em enfermagem até os dias atuais (WALKER, 2011).

Contata-se que os autores buscam sustentação em diversas áreas de conhecimento para discutir a gestão e organização do cuidado em saúde e as teorias da administração se destacam nesse contexto.

As influências e mudanças, no entanto, ainda são embrionárias e insuficientes para apontar uma direção para a gestão e organização do trabalho em saúde; são pouco significativas considerando as dificuldades e a hegemonia das teorias clássicas e burocráticas; mas são muito significativas se forem considerados os avanços das últimas décadas. Nesse sentido, resgatar as teorias administrativas em seus aspectos positivos e negativos contribui para a fundamentação de escolhas e para experimentação de novos modelos (MATOS e PIRES, 2006).

A Teoria da Administração Científica surgiu no início do século XX, durante o período industrial, com o objetivo de aplicar métodos científicos aos problemas da administração, centrados na tarefa, produtividade, divisão do trabalho, especialização e padronização das atividades, a fim de alcançar a máxima produtividade (PAIVA, 2010). Como herança dessa teoria, presente até os dias atuais, destaca-se a ênfase no “como fazer”, a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas, fragmentação da assistência, dentre outros (MATOS; PIRES, 2006).

Na sequência, surge o modelo taylorista/fordista que se difundiu no mundo influenciando fortemente todos os ramos da produção, porém há algumas décadas vem se debatendo os efeitos negativos da organização do trabalho taylorista/fordista sobre os trabalhadores, destacando-se a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levado à desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho (MATOS; PIRES, 2006).

A clássica visão das funções do administrador foi estabelecida por Fayol, que se preocupou com a direção da empresa dando ênfase às funções e operações no interior da mesma, estabelecendo como princípios da boa administração: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar (CHIAVENATO, 1987).

A Teoria Burocrática de Max Weber identifica certas características da organização formal voltada exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência. Em suas dimensões essenciais muitos dos aspectos do modelo burocrático podem ser encontrados em Taylor e Fayol (CHIAVENATO, 1987).

A Escola das Relações Humanas defende a participação do trabalhador nas decisões que envolvessem a tarefa, porém essa participação sofre restrições e deve estar de acordo com o padrão de liderança adotado. O movimento depositou na motivação a expectativa de levar o indivíduo a trabalhar para atingir os objetivos da organização. Ela surge da crítica à Teoria da Administração Científica e à Teoria Clássica, contudo o modelo proposto não se contrapõe ao taylorismo (MOTTA, 1995).

A Teoria Estruturalista avança em relação às demais teorias ao reconhecer a existência do conflito nas organizações, assumindo que este é inerente aos grupos e às relações de produção, aproximando-se conceitualmente da teoria das relações humanas, no entanto partiu do seu declínio e das limitações do modelo burocrático. (CHIAVENATO, 1987)

Difundida na área da saúde por Mário Chaves a Teoria dos Sistemas apresenta a ideia de uma rede institucional para prestar assistência de saúde, concebida como um sistema hierarquizado e constituído de vários subsistemas (centros de saúde, hospitais e outros). A enfermagem incorpora parte dessa concepção, principalmente no que se refere ao estabelecimento de metas, objetivos e finalidades, adequando-se ao estabelecido pela instituição, em detrimento, algumas vezes, das necessidades e especificidades do paciente (PIRES et al., 2004).

A Teoria do Desenvolvimento Organizacional surge de um conjunto de ideias a respeito do ser humano, da organização e do ambiente na perspectiva de propiciar o crescimento e desenvolvimento organizacional, de acordo com suas potencialidades (CHIAVENATO, 1987).

A partir dos anos 80 foram sendo difundidas alternativas administrativas, de gestão e organização do trabalho que estão associadas, frequentemente, à superação dos modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, na medida em que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão. Enfatizam a cooperação, a valorização de grupos de trabalho, a diminuição de níveis hierárquicos, autogerenciamento por setores e áreas, delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões (MATOS; PIRES, 2006).

No entanto, a enfermeira ainda gerencia o trabalho da equipe com muitas características das abordagens taylorista, fayolista e burocrática. Volta-se para o cumprimento de normas rotinas e tarefas, reproduzindo aquilo que outros profissionais e a instituição esperam, deixando, muitas vezes, de priorizar as necessidades do paciente e gerando descontentamento e desmotivação nos trabalhadores de enfermagem (MATOS e PIRES, 2006).

Um dos elementos mais importantes da dinâmica de gestão do cuidado é a relação entre o enfermeiro e o paciente, pois contribui para que as ações de promoção e recuperação do paciente aconteçam com base na troca de informações, confiança e vínculo estabelecido (MESQUITA, 2015).

O enfermeiro deve propiciar uma cultura de organização que favoreça a prática do cuidado, selecionando pessoas, desenvolvendo capacitações e implementando um modelo de cuidado que possa guiar a prática de enfermagem e apoiar as ações dos profissionais de saúde (ESTEFO; PARAVICKLIJN, 2010).

Assim, Mororó (2017) destacou a importância de se investir na criação de modelos teóricos na perspectiva de romper com as dissociações e propiciar, continuamente, a articulação e integração entre o processo de trabalho da enfermagem e as necessidades do paciente.

Ao discutir o gerenciamento do cuidado, suas demandas e as demandas institucionais, Montezel (2011) afirma que a gestão do cuidado é um subprocesso complementar que constitui o processo de trabalho do enfermeiro, mas que ainda necessita reconhecer o cuidado como foco a ser gerenciado dentro dos serviços de saúde.

A necessidade de se desenvolver um modelo de gestão do cuidado, que estabeleça um compartilhamento de tarefas entre os membros da equipe, profissionais de saúde e paciente, visando favorecer a qualificação e integralidade do cuidado ao paciente, faz-se cada vez mais necessária, visto que os modelos gerenciais não estão conseguindo atender à complexidade da atenção à saúde.

É preciso que o enfermeiro compreenda que seu processo de trabalho envolve o cuidar e o administrar, voltando suas ações à gerência do cuidado de enfermagem. Para tal, seu modo de prestação de cuidado deve estar fundamentado em um modelo sistêmico de gerenciamento do cuidado.

A concepção teórica e metodológica Paideia, desenvolvida por Gastão Wagner de Sousa Campos (2014), vem sendo amplamente utilizada através de políticas e práticas de saúde no Brasil. Trata-se de uma rede para dar suporte à cogestão de coletivos, que possui três eixos de aplicação: o apoio institucional, o apoio matricial e a clínica ampliada e compartilhada.

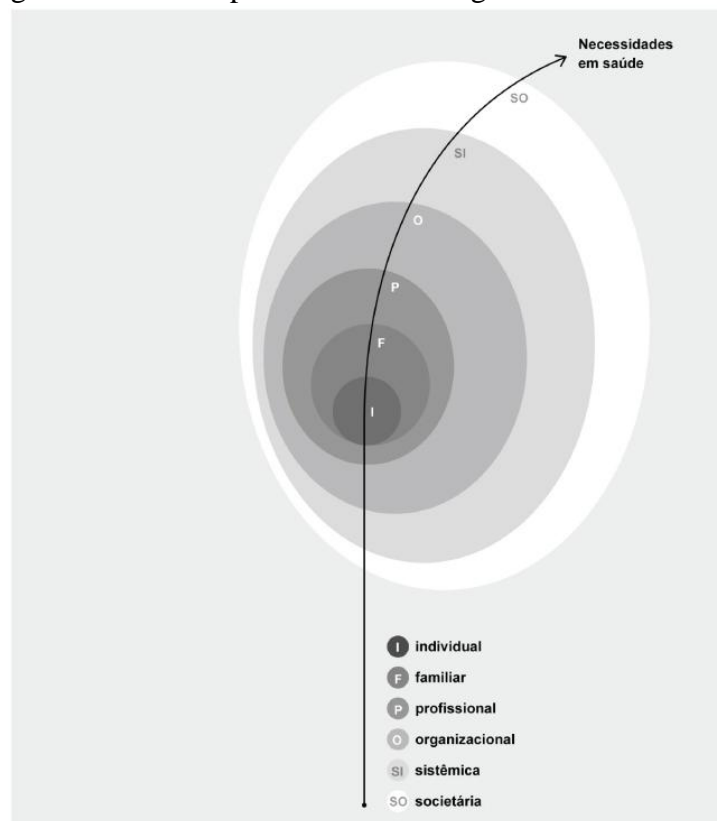
A metodologia sugere a ampliação desses espaços permanentes de cogestão, criando-se colegiados de gestão, em que haverá participação de gestores, trabalhadores e equipes de referência, favorecendo a democratização da gestão nas organizações, por meio da formação de coletivos organizados, voltados para a produção de bens ou serviços, e do incentivo à

participação dos sujeitos na gestão da organização e de seus processos de trabalho (CAMPOS, 2014).

Uma reflexão sobre a gestão do cuidado em saúde que caminhe na direção de processos mais micropolíticos do cuidado que analisa o processo de subjetividade, com ênfase nas especificidades dessa dimensão, faz-se necessária, permitindo uma lógica de cuidado que não tenha uma operacionalização definida só pelos gestores, mas que seja produzida na própria micropolítica do cuidado, favorecendo o pensar da gestão, da produção do cuidado e da formação na área da saúde.

Assim, pode-se pensar a atuação do enfermeiro na gestão do cuidado apreendida nas cinco dimensões de Cecílio: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, conforme apresentado na Figura 4. Essas dimensões de forma individual ou coletiva apresentam uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO, 2011).

Figura 4 - As múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde



Fonte: CECÍLIO, 2011.

A dimensão mais nuclear da gestão do cuidado é **adimensão individual**. O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte” (CECÍLIO, 2011).

Por outro lado, ao se falar da dimensão individual do cuidado, é importante levar em consideração o debate contemporâneo a respeito dos conceitos de “indivíduo” e de “autonomia”. Mesmo reconhecendo que o “individual” é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, é possível, sempre, reconhecer uma esfera “individual”, na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena. (CECÍLIO, 2011)

A **dimensão familiar** da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Dizer isso não é imaginar um mundo sem dificuldades e contradições. Basta lembrar as relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, como consequência da complexidade dos laços familiares, da sobrecarga de trabalho para os cuidadores, das exigências permanentes para a realização do cuidado etc. Além disso, como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas em saúde (CECÍLIO, 2011).

A **dimensão profissional** do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado”, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral, fora de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, a tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

A **dimensão organizacional** do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial

propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder (CECÍLIO, 2011).

A **dimensão sistêmica** da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma “pirâmide” constituída por serviços de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/ descendentes ordenados e racionalizados de usuários (CECÍLIO, 2011).

Por fim, a **dimensão societária** da gestão do cuidado em saúde. Aqui se trata de como, em cada sociedade, são produzidas as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor. É a dimensão do encontro da sociedade civil, em sua heterogeneidade, com o estado, e a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população (CECÍLIO, 2011).

Há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores. A Figura5 apresenta os elementos que fazem parte da dimensão da gestão do cuidado, destacando seus atores e a lógica de cada dimensão.

Figura 5 - Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde.



Fonte: CECÍLIO, 2011.

Para finalizar, a gestão do cuidado em saúde deverá dar conta da complexidade e heterogeneidade do seu processo e da multiplicidade de fatores que a envolvem. No entanto, tem-se claro que os modelos, assim como as condições de saúde-doença e os avanços tecnológicos, são dinâmicos e históricos, e que certamente novos modelos e novas propostas estarão surgindo para atender a essa multiplicidade. Nesta etapa do estudo, o modelo proposto de gestão do cuidado ao paciente com DCNT, em uso de terapia biológica, no campo da atenção secundária, tem se apresentado com grande potência e com coerência. Todavia, o avançar histórico e a aplicação das propostas vão evidenciar os modelos que serão colocados em prática.

2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1. Orientação Metodológica

Entende-se por *Metodologia* o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade, sem substituir a criatividade do pesquisador (MINAYO, 2010).

Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2010).

Na perspectiva da busca por um método mais aproximado da realidade pesquisada, esta tese optou por uma abordagem qualitativa, exploratória, para investigar a gestão do cuidado dos pacientes com DCNT atendidos na unidade de terapia biológica no campo da atenção secundária.

Minayo (2010) define as metodologias qualitativas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas, procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para os sujeitos sob estudo.

A escolha da metodologia qualitativa permitiu uma aproximação daquilo que foi vivido, percebido e lembrado pelos profissionais que atuam na gestão do cuidado dos pacientes com DCNT em terapia biológica sobre significações não ditas anteriormente. Seu uso na área da saúde apresenta-se como um método clínico-qualitativo, com uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas, porém voltado especificamente para os *settings* das vivências em saúde acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença (TURATO, 2005)

Quanto ao estudo exploratório, ele foi definido como um estudo preliminar que tem o objetivo de tornar-se familiar com o fenômeno a ser investigado, de modo a alcançar maior compreensão e precisão sobre o problema de pesquisa e assim permitir uma melhor formulação da hipótese. Além de permitir que o pesquisador utilize as técnicas mais

adequadas para sua pesquisa, alertando para potenciais dificuldades e sensibilidade oriundas da investigação detalhada (THEODORSON; THEODORSON, 1970).

Muitas vezes os conhecimentos de uma população, suas opiniões, valores e atitudes podem constituir-se em barreiras que o estudo exploratório permite conhecer e, possivelmente, contorná-las. Assim, utilizar o método exploratório favoreceu uma melhor percepção da funcionalidade do fluxograma de atendimento da unidade de terapia biológica (ROSS e ROSSER, 1989).

Assim, a pesquisa exploratória se constitui em um tipo de pesquisa muito específica, sendo comum assumir a forma de um estudo de caso. Nesse tipo de pesquisa, existe sempre alguma obra ou entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com problemas semelhantes ou análise de exemplos análogos que podem estimular a compreensão (GIL, 2007).

Durante a fase exploratória, realizou-se o levantamento inicial da situação, dos problemas prioritários e ações, as características da população e o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico.

Para detalhamento da metodologia conduzida nesta tese, as seguintes fases serão descritas separadamente: caracterização dos pacientes com DCNT atendidos na UTB; grupo focal; construção do modelo de gestão de cuidado.

2.2 Caracterização dos pacientes com Doença Crônica Não Transmissível atendidos na Unidade de Terapia Biológica

2.2.1 Seleção dos pacientes participantes do estudo

Atualmente, um total de 104 pacientes está cadastrado na policlínica para tratamento e acompanhamento na unidade de terapia biológica. A amostra deste estudo, de conveniência, foi composta por 80 pacientes, uma vez que 22 pacientes não atenderam aos critérios de seletividade no período de outubro a dezembro de 2017 e dois não foram localizados.

Antes da seleção dos pacientes, realizou-se uma busca nas agendas de atendimento da unidade de terapia biológica para uma seleção prévia de possíveis participantes. Com essa agenda foi possível levantar alguns dados de identificação de cada paciente em uso de terapia biológica e já aplicar alguns critérios de inclusão. Ao chegar à unidade, no dia da infusão agendada, os pacientes eram abordados na sala de espera da UTB, quando foram convidados

para participar da pesquisa. Diante de sua aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram aplicados os critérios de seletividade descritos abaixo:

Para inclusão dos pacientes que compuseram a amostra de caracterização foram considerados:

- a) idade a partir de 18 anos;
- b) diagnóstico médico de alguma doença gástrica, reumatológica, pulmonar ou alérgica que justifique o uso da terapia biológica;
- c) estar em tratamento por no mínimo seis meses na UTB da Policlínica Piquet Carneiro;
- d) ter feito no mínimo 4 infusões na UTB.

Vale ressaltar que os critérios de seleção acima foram estabelecidos com objetivo de garantir um tempo mínimo necessário para que o paciente vivenciasse o novo tratamento proposto e o processo de trabalho realizado pelos profissionais que atuam na unidade de terapia biológica.

O critério de exclusão para os pacientes que compuseram a caracterização foi:

- a) perda de segmento por alta ou transferência no período de seis meses.

2.2.2 Cenário do estudo referente aos pacientes

O estudo foi realizado na UTB, localizada na policlínica de um Hospital Universitário no estado do Rio de Janeiro, centro de referência no campo da atenção secundária em saúde. A policlínica é uma unidade de ensino, pesquisa e assistência de média e alta complexidade que possui atendimento referenciado às diversas especialidades ambulatoriais.

Inserida no nível secundário da rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro, a Policlínica Piquet Carneiro (PPC), antigo PAM São Francisco Xavier, configura-se como uma unidade importante que tem buscado atender a todas as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a oferecer um atendimento integral e de qualidade a todos os seus usuários.

No ano 1995, após convênio firmando entre a União Federal, através do Ministério da Saúde, e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), celebrou-se uma cogestão para a PPC visando fortalecer o Sistema Único de Saúde com a integração docente-assistencial. Posteriormente, no ano de 1999, foi assinado o Termo de Cessão de Uso com a interveniência

das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, passando a gestão financeira ao Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC) até 2002. A partir desse ano, a Diretoria de Administração Financeira da UERJ tornou-se responsável por todas as contratações de bens e serviços necessários a essa instituição de saúde.

A Policlínica possui uma área física total de 18.500 m² e 15.000 m² de área útil, que é concentrada basicamente em um prédio com quatro pavimentos: térreo, 1º, 2º e 3º andares. Atualmente, a unidade oferece atendimento ambulatorial em 27 especialidades, possui centro cirúrgico ambulatorial voltado para cirurgias de pequeno e médio porte, laboratórios, atendimento diagnóstico e terapêutico, programas e projetos com foco para a medicina preventiva.

A UTB é composta por 10 leitos, sendo 4 camas e 6 poltronas, que diariamente são divididos para atendimento da terapia biológica. A equipe que é lotada na unidade foi treinada para atuar diretamente com quatro grandes serviços de especialidades da policlínica, que possuem como tratamento terapêutico para seus pacientes crônicos a TB. As especialidades que recebem essa assistência inovadora são a gastroenterologia, pneumologia, alergia e reumatologia.

2.2.3 Coleta de dados dos pacientes

Para coleta de dados, os 80 pacientes que atenderam aos critérios de seletividade foram abordados na sala de espera da UTB, quando foi aplicado o questionário e caracterização do perfil dos mesmos por duas acadêmicas de enfermagem, previamente treinadas para aplicação desse instrumento, no período de outubro a dezembro de 2017.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi composto por 32 perguntas fechadas e duas perguntas abertas sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e clínicos.

2.2.4 Análise de dados dos pacientes

Para análise estatística, utilizou-se o programa Epi-Info versão 7.1. A análise descritiva apresentou distribuições de frequências simples e absoluta.

2.3 Grupo Focal dos profissionais que atuam na Unidade de Terapia Biológica

A técnica do grupo focal foi utilizada para explorar o cuidado em saúde prestado ao paciente crônico sob a ótica dos profissionais e avaliar o fluxograma do atendimento da unidade de terapia biológica.

Morgan (1997) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Pode ser caracterizada também como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos.

Durante a Segunda Guerra Mundial, os grupos focais foram utilizados para examinar os efeitos persuasivos da propaganda política, avaliar a eficácia do material de treinamento de tropas, bem como os fatores que afetavam a produtividade nos grupos de trabalho. A partir de 1980, os grupos focais passaram a ser empregados para entender as atitudes de doentes, o uso de contraceptivos e para avaliar a interpretação da audiência em relação às mensagens da mídia (VEIGA e GONDIM, 2001)

O grupo focal é um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos, homogêneos, que atua de forma planejada para se obter informações relativas a um tema específico. Deve se desenvolver mediante um guia de perguntas que vão do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto coletivo e individual. O principal valor dessa técnica se fundamenta na tendência humana de formar opinião e atitudes na interação com outros indivíduos (SOUSA et al., 2015).

2.3.1 Seleção dos profissionais participantes do estudo

Para compor o universo populacional do grupo focal foram convidados todos os profissionais de nível superior e nível médio, diretamente envolvidos com a prestação de cuidados a pacientes com DCNT atendidos na UTB. Esse universo é composto por um funcionário administrativo, oito enfermeiros, treze técnicos de enfermagem e onze médicos.

Os funcionários selecionados foram convidados por e-mail, no qual foi informado os objetivos do estudo, datas, dias e horários propostos para acontecer os grupos focais.

Após o aceite em participar dos grupos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, criou-se um grupo via WhatsApp como estratégia para apresentar os objetivos de cada encontro e enviar lembretes dos dias, horários e locais de realização de cada grupo focal.

A amostra final, após serem aplicados os critérios de seletividade descritos abaixo, foi composta por um funcionário administrativo, cinco enfermeiros, quatro médicos e cinco técnicos de enfermagem:

Para inclusão dos profissionais que atuam na UTB e participaram do grupo focal foram considerados:

- b) ser servidor público atuante na UTB da Policlínica Piquet Carneiro;
- c) atuar na assistência ao paciente em tratamento de terapia biológica há, pelo menos, seis meses.

Os critérios de exclusão para os profissionais que fizeram parte do grupo focal foram:

- a) ter se afastado do serviço, por qualquer motivo, nos dois meses anteriores ao grupo focal (licença médica, licença prêmio, licença sem vencimentos etc.);
- b) não ter administrado, no mínimo, seis infusões da terapia biológica.

Os critérios foram estabelecidos com a intenção de obter informações de forma planejada sobre o processo de trabalho e gestão do cuidado em saúde na atenção secundária, assim o tempo de vivência dos profissionais é relevante para que tenham base para falar sobre suas necessidades e dificuldades.

2.3.2 Cenário do estudo referente aos profissionais

O grupo focal foi realizado no mesmo cenário descrito no item 3.2.3 deste capítulo, porém em um local previamente preparado, em espaço com refrigeração e com cadeiras confortáveis que foram distribuídas em círculo. Inicialmente, os profissionais tiveram um tempo para um diálogo não estruturado que permitisse uma maior aproximação e ao término foi oferecido um lanche para também favorecer a troca entre os pares.

2.3.3 Coleta de dados dos profissionais

Para coleta de dados, os 15 profissionais que atenderam aos critérios de seletividade foram levados para o local de realização dos grupos focais na UTB. Os grupos contaram com a participação de um observador que registrava, textualmente, a operacionalização dela. A seleção do observador teve por base o conhecimento sobre gestão em saúde e a disponibilidade em participar dos grupos e do treinamento sobre grupo focal para garantir a operacionalização dos dados.

Foram realizados 4 encontros orientados por um grupo focal, no período de 28 de fevereiro de 2018 a 10 de abril de 2018, com média de duração de 90 minutos cada.

- a) 1º encontro: o primeiro grupo focal foi realizado com os profissionais que atuam na unidade de terapia biológica e são responsáveis pelo agendamento, infusão e monitoramento, durante e após a infusão da terapia biológica, nos pacientes com DCNT em uso de biológicos, e teve uma duração de 94 minutos. Nesse momento, para guiar o grupo formado por esses profissionais, foi utilizado um roteiro com seis perguntas abertas (Apêndice A).
- b) 2º encontro: esse grupo, com duração de 67 minutos, teve a participação dos profissionais que prestam assistência aos pacientes na especialidade e que prescrevem a terapia biológica intravenosa. Nesse encontro, para guiar o grupo formado por profissionais que são referência para os pacientes na especialidade, foi utilizado o mesmo roteiro aplicado no grupo que atua na UTB, com seis perguntas abertas (Apêndice A).
- c) 3º encontro: esse grupo foi o segundo realizado com a equipe que atua na unidade de terapia biológica, teve uma duração de 74 minutos e foi apresentado, inicialmente, o fluxograma criado quando a unidade foi idealizada, sendo discutido com o grupo a funcionalidade do mesmo, com base em um roteiro de quatro perguntas. Com esse grupo foi possível identificar o funcionamento da UTB e as mudanças necessárias para uma melhor gestão do cuidado do paciente com DCNT na atenção secundária.
- d) 4º encontro: em uma das etapas de estruturação do serviço, quando foi iniciado o atendimento na UTB, elaborou-se um fluxograma que foi aplicado durante todos esses anos. O terceiro encontro do grupo focal teve como proposta avaliar esse fluxograma, em que cada profissional de posse

de uma cópia do mesmo pode discutir sua funcionalidade e apontar propostas futuras de melhor adequação do fluxograma. Nesse grupo focal foi utilizado como referência os dados que surgiram no terceiro encontro, com base na percepção dos profissionais que atuam na especialidade e na UTB, sobre as principais mudanças apontadas na análise do fluxograma prévio. Esse encontro teve a duração de 89 minutos.

As falas foram gravadas em dispositivo digital, em que o participante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão com base nas perguntas condutoras, mas sem se prender à indagação formulada. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e foram estabelecidos códigos relativos a cada profissional a fim de garantir o anonimato.

As informações foram arquivadas pela pesquisadora e ficarão guardadas por 5 anos e depois destruídas. A íntegra das mesmas só foi acessada pela pesquisadora, a observadora e a orientadora da tese.

Ainda como estratégia metodológica da tese, visando atender aos objetivos do estudo, utilizou-se a ferramenta do **fluxograma analisador**.

Essa ferramenta se baseia na concepção de cartografia, que se refere à produção de sentidos na medida em que outros e novos sentidos se produzem e que implica em um olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos em termos de relatos provisórios (REIS; DAVID, 2010).

Constitui-se em uma ferramenta que interroga os “para quê?”, os “quê?” e os “como?” do processo de trabalho cujas funções são (BARBOSA; FRACOLLI, 2005):

- a) revelar o processo de trabalho;
- b) identificar os nós críticos do processo de trabalho;
- c) contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho;
- d) analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de saúde;
- e) dispersar o processo de autoanálise na equipe de saúde;
- f) servir como banco de dados, pois é a memória dos trabalhadores.

Além disso, o fluxograma tem o objetivo de disparar um processo de coletivização da gestão do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos para que, a partir disso, possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrem necessárias, sendo de grande relevância para organização do processo de trabalho na atenção secundária e para gestão do cuidado em saúde ao paciente portador de DCNT em terapia biológica e seus familiares.

Após a conclusão dos grupos focais, foi necessário um novo momento estruturado com um grupo de três gestores/especialistas que atuam na policlínica e na UTB, que foram convidados a participar do estudo e receberam os dados obtidos no terceiro encontro. Assim sendo, realizou-se um debate com base nas falas oriundas dos grupos e o fluxograma vigente foi adaptado, considerando as falas e as múltiplas dimensões da gestão do cuidado definidas por Cecílio.

A criação desse grupo foi necessária, pois com o avançar do tempo não foi possível estabelecer uma nova data para mais uma oficina, na qual seria elaborado com o grupo o fluxograma adaptado às dimensões. Assim, após construção do mesmo, pelos gestores e especialistas, foi agendado um encontro para dar *feedback* aos participantes do estudo, em forma de painel, oportunizando externar suas posições quanto ao novo fluxograma de atendimento da UTB.

2.3.4 Análise de dados dos profissionais

A dinamicidade nas formas de coleta e análise de dados, bem como a necessidade de diversificação de métodos de pesquisa na Enfermagem, é um desafio necessário e pertinente na área da saúde.

Existem diversas técnicas de organização e análise dos dados de uma pesquisa qualitativa, como análise de conteúdo, análise de discurso, análise hermenêutica-dialética, e para realização deste estudo, optou-se por utilizar a análise focal estratégica (AFE).

Esse modelo apresenta-se como uma analogia a uma ferramenta estrutural de planejamento estratégico, utilizada na análise de uma determinada organização (BACKES et al., 2011). O delineamento estratégico do modelo de análises S.W.O.T. (*Strengths, Weakness, Opportunities and Threats*), como é chamada a ferramenta, busca identificar e analisar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas ao ambiente interno e externo da organização (Figura 6).

Através da ferramenta de gestão estratégica de S.W.O.T., a análise focal estratégica se apoia como uma possibilidade analítica própria para técnica de grupo focal, com ênfase na inserção do participante como sujeito ativo no processo de pesquisa (BACKES et al., 2011).

A Enfermagem, no contexto das práticas de saúde integradas, precisa reunir saberes de outras áreas de conhecimento, como administração, tornando-se indispensável o

reconhecimento e aprofundamento das ferramentas que permitam nortear o gerenciamento do cuidado em saúde, promovendo melhores condições para a gestão do trabalho em enfermagem, de modo a melhor atender às necessidades de saúde da população.

A matriz de S.W.O.T. é dividida em duas partes: o ambiente externo à organização (oportunidades e ameaças) e o ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos) (Figura 6). O ambiente externo está totalmente fora do controle da unidade, age de maneira homogênea sobre todas organizações que atuam na mesma área e proposta e, dessa forma, representam oportunidades ou ameaças iguais para todas cuja probabilidade de impacto deve ser tratada por cada empresa separadamente. Por outro lado, o ambiente interno é aquele que pode ser controlado pela empresa e, portanto, é diretamente sensível às estratégias formuladas pela mesma.

A análise de ambos os ambientes ocorre de forma conjunta, uma vez que os fatores favoráveis e desfavoráveis são formulados e iniciados os planos de ação para maximizar as variáveis favoráveis e minimizar ou extinguir as variáveis desfavoráveis da organização. As mudanças são aplicadas e se a organização tiver capacidade e agilidade para se adaptar a essa mudança aproveitará melhor as oportunidades e sofrerá menos as consequências das ameaças (TONINI; SPINOLA; LAURINDO, 2007).

Figura 6 - Matriz de S.W.O.T.



Fonte: SILVA, 2009

As variáveis internas, forças ou pontos fortes da organização são as que proporcionam condições favoráveis para a empresa em relação ao seu ambiente, podendo influenciar

positivamente o desempenho da organização. As forças são recursos de que dispõe a empresa a fim de explorar as oportunidades e diminuir as ameaças (SOUZA et al., 2013).

Já fraquezas são deficiências que inibem a capacidade de desempenho de uma organização e que podem ser controladas pela própria empresa. Elas podem ser controladas e são relevantes para o planejamento estratégico, precisando ser superadas para evitar que a empresa entre em declínio (SOUZA et al., 2013).

As variáveis que compõem o ambiente externo são as oportunidades e as ameaças, levando em conta a mudança de hábitos do cliente, surgimentos de novas técnicas de trabalho, diversificação e a entrada de novos métodos de trabalho. O ambiente externo, onde essas variáveis se encontram, envolve uma análise das forças macroambientais (demográficas, econômicas, tecnológicas, políticas, legais, sociais e culturais) e dos fatores microambientais (consumidores, concorrentes, canais de distribuição, fornecedores) (SOUZA et al., 2013).

A empresa deve estar atenta ao ambiente externo, visto que ele influi diretamente nos fatores internos da organização. É de extrema importância porque através dessa análise o gerente pode identificar oportunidades e ameaças e poderá desenvolver estratégias para tirar proveito das oportunidades e minimizar ou superar as ameaças da empresa (SILVA et al., 2009).

As oportunidades refletem a realidade externa da empresa e devem ser observadas, pois elas influem tanto no ambiente externo quanto interno da organização. A oportunidade na maioria das vezes influi positivamente no ambiente interno, oferecendo à empresa chances de lucratividade a partir da identificação de novos mercados e clientes, no entanto é necessária a verificação das condições e viabilidade da organização para utilizar tais oportunidades como estratégia competitiva (SILVA et al., 2009).

Diante do exposto, sendo a análise focal estratégica uma ferramenta de gestão, ela se constitui em um método que pode auxiliar na organização do processo de trabalho de enfermagem e saúde devido à possibilidade de analisar tanto as potencialidades e fragilidades internas quanto as oportunidades e desafios externos que requerem adequações e novas articulações profissionais e sociais.

A matriz de S.W.O.T. foi aplicada como uma pré-análise, com base nas falas provenientes dos participantes, em que foram estabelecidas categorias prévias distribuídas nos quadrantes da matriz, identificando as forças ou potencialidades que maximizam a expressão dos dados do cuidado em saúde prestado ao paciente crônico na UTB, tais como experiências agregadoras, inovadoras e transformadoras. As fragilidades e fraquezas encontradas durante a

análise das falas podem ser fatores que minimizam a capacidade de conduzir o cuidado com ações pontuais, lineares, impessoais e descontextualizadas.

O diagnóstico do cenário interno foi apresentado em forma de quadro destacando os pontos fortes e fracos presentes na prestação de cuidado disponibilizado ao paciente com DCNT em terapia biológica.

No cenário externo, a matriz permitiu categorizar, previamente, as oportunidades que sinalizam novos espaços de atuação dos profissionais que trabalham na UTB e na especialidade, destacando as novas tecnologias utilizadas para garantir esse cuidado, assim como os processos e produtos que dão suporte ao processo de cuidado na UTB. Já as ameaças apontam as perturbações ou irritações externas que podem provocar múltiplas interferências sociais no fenômeno estudado.

Assim como o cenário interno, o externo foi apresentado em um quadro dividido em duas partes: uma com os pontos positivos das oportunidades e/ou com os pontos negativos das ameaças.

Dando continuidade à análise de dados, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para identificar os núcleos temáticos que emergiram das pré-categorias da matriz de S.W.O.T.

A análise de conteúdo se constitui de várias técnicas em que se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Dessa forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos (BARDIN, 1977).

A proposta que acompanha a análise de conteúdo se refere a uma decomposição do discurso e identificação de unidades de análise ou grupos de representações para uma categorização dos fenômenos, a partir da qual se torna possível uma reconstrução de significados que apresentem uma compreensão mais aprofundada da interpretação de realidade do grupo estudado (SILVA et al., 2005).

O uso de técnicas de análise dos dados, notadamente, reveste-se de importância à medida que, após a coleta das informações, necessita de leituras acuradas e discussões interpretativas criativas. Sabe-se que, no universo das pesquisas qualitativas, a escolha de um método e suas técnicas de coleta, bem como o tratamento de dados, deve obrigatoriamente ser feita sob olhar multifacetado sobre a totalidade dos resultados, sendo consideradas as observações e as entrevistas - o corpus. Tal exigência se deve à multiplicidade de sentidos atribuídos pelos sujeitos que vivenciam os fenômenos sob estudo – o chamado caráter polissêmico da pesquisa (CAMPOS, 2004).

A escolha desse método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações da gestão do cuidado no campo da atenção secundária e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas dos profissionais e pacientes propriamente ditas (CAVALCANTI et. al., 2014).

No plano epistemológico, a cada contexto histórico de referência a definição de análise de conteúdo se ressignifica. Assim, pede-se que sejam consideradas análises de conteúdo – assim, no plural –, pois, embora o campo de estudo tenha lastro em décadas de sistemáticas investigações teórico-metodológicas e empíricas, a definição e a respectiva técnica se apropriam e se adaptam ao domínio e aos objetivos das condições de contorno que se lhe revelem em cada recorte analítico (FERREIRA; LOGUECIO, 2014).

O processo de codificação dos dados restringe-se à escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo esta ser um tema, uma palavra ou uma frase (BARDIN, 1977). O tratamento dos resultados compreende a codificação, já apresentada, e a inferência que se caracteriza pela técnica de tratamento de resultados orientada por diversos polos de atenção, ou seja, polos de comunicação (emissor receptor, mensagem e canal) (BARDIN, 1977).

Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado (CAVALCANTI et. al., 2014). É uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos.

Na perspectiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias, adotam-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). Esse processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização) (BARDIN, 1977).

Em relação à formação das categorias, realizada a partir dos tópicos emergentes nas releituras ou unidades de análise ou temáticas, basicamente ela pode ser configurada segundo critérios de relevância. O termo relevância denota um tema importante que, embora não apresente repetição numérica dentre os relatos, sua importância para responder às hipóteses inicialmente formuladas mostra-se de grande potencial e riqueza para o desenvolvimento de

conhecimentos novos, garantindo, por si só, material consistente para maior aprofundamento do fenômeno (CAMPOS; TURATO, 2009).

2.4 Procedimentos éticos e legais

A tese em questão é um subprojeto de um projeto Institucional intitulado: “Assistência, Gestão e Ensino na perspectiva dos Cuidados Inovadores de Enfermagem ao portador de Doenças Crônicas”, desenvolvido na Policlínica Piquet Carneiro e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, com número CAAE: 70596017.0.0000.5282 (ANEXO A), obedecendo, assim, à Resolução do Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº466/12.

Os critérios éticos de um estudo com seres humanos descritos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 foram garantidos, sendo considerados o desenvolvimento e o engajamento ético, que são inerentes ao desenvolvimento científico e tecnológico, o respeito pela dignidade, liberdade e autonomia humana e proteção de vida aos participantes do estudo que aceitaram compor o grupo do estudo.

Após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, benefícios e incômodo que possa acarretar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura de todos os pacientes (APÊNDICE A) e profissionais (APÊNDICE B) que concordaram em participar da pesquisa. O termo foi assinado em duas vias, uma das quais permaneceu em posse do entrevistado e a outra com a pesquisadora.

Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo foram comunicados que o sigilo e privacidade são garantidos, assim como o fato do estudo não gerar nenhum prejuízo ao tratamento e a sua saúde.

3 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados para atender aos objetivos propostos. Primeiramente, apresenta-se a caracterização dos pacientes com DCNT em terapia biológica. Posteriormente, apresentam-se os resultados do grupo focal realizado com os profissionais que atuam na UTB e nas especialidades de pneumologia, reumatologia, alergia e gastroenterologia.

3.1 Caracterização dos pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidos na Unidade de Terapia Biológica.

Este capítulo descreve a caracterização dos pacientes com DCNT atendidos na UTB, com base nos dados coletados no período de agosto a dezembro de 2017.

A maioria dos pacientes atendidos era do sexo feminino (68,75%) e se autodeclarou como pardos (40%). Mais da metade dos pacientes (62,50%) apresentava idade superior a 40 anos e 40% tinham o ensino médio completo, seguidos de 17,50% que tinham o ensino superior completo. Quase metade dos pacientes (48,75%) declarou ser casada ou conviver com parceiro, contudo aproximadamente um terço não possuía filhos, o que foi apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017) (continuação)

VARIÁVEIS	PACIENTES ATENDIDOS	
	N	(%)
SEXO		
FEMININO	55	68,75
MASCULINO	25	32,25
FAIXA ETÁRIA		
15-20 ANOS	07	8,75
21-30 ANOS	11	13,75
31-40 ANOS	12	15,00
41-50 ANOS	19	23,75
>50 ANOS	31	38,75

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017) (conclusão)

RAÇA/ETNIA		
BRANCA	31	38,75
PRETA	17	21,25
PARDA	32	40,00
GRAU DE ESCOLARIDADE		
E. F. INCOMPLETO	06	7,50
E. F. COMPLETO	09	11,25
E. M. INCOMPLETO	07	8,75
E. M. COMPLETO	32	40,00
E. S. INCOMPLETO	10	12,50
E. S. COMPLETO	14	17,50
NENHUM	02	2,50
SITUAÇÃO CONJUGAL		
SOLTEIRO	30	37,50
CASADO/CONVÍVIO COM PARCEIRO	39	48,75
DIVORCIADO	07	8,75
VIÚVO	04	5,00
Nº DE FILHOS		
SEM FILHOS	27	33,75
01	22	27,50
02	13	16,25
03	14	17,50
04	03	3,75
MAIS DE 05	01	1,25
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2017.

A Tabela 2 descreve as características socioeconômicas dos pacientes com DCNT que estão em TB (n=80). Destaca-se que quase 30% declaram-se inválidos, seguidos de 21,25% trabalhadores com carteira assinada, quase metade da população (41,25%) vive com renda familiar de até 2 salários mínimos e a maioria (76,25%) contribui regularmente para a renda da família, sendo que em 50% sua própria renda é a principal da família e 67,5% têm de 2 a 3 pessoas vivendo dessa renda.

Apesar de o estudo ter sido realizado em uma unidade pública universitária de saúde, 25 (38,25%) pacientes relataram possuir algum tipo de plano de saúde privado.

Tabela 2 - Caracterização socioeconômica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017)

VARIÁVEIS	PACIENTES ATENDIDOS	
	N	(%)
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
APOSENTADO/PENSIONISTA	08	10,00
AUTÔNOMO	10	12,50
DESEMPREGADO	15	18,75
INVÁLIDO	23	28,75
CARTEIRA ASSINADA	17	21,25
SEM CARTEIRA ASSINADA	06	7,50
OUTROS	01	1,25
RENDA FAMILIAR (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)		
MENOS DE 1	04	5,00
1-2	29	36,25
2-3	23	28,75
3-5	09	11,25
5-10	06	7,50
10-20	02	2,50
ACIMA DE 20	01	1,25
NÃO SOUBE INFORMAR	06	7,50
PRINCIPAL FONTE DE RENDA		
EMPREGO REGULAR	21	26,25
AUTÔNOMO	11	13,75
PENSÃO	31	38,75
NÃO POSSUI RENDA	17	21,25
RENDA PRÓPRIA COMO PRINCIPAL DA FAMÍLIA		
SIM	40	50,00
NÃO	40	50,00
CONTRIBUI FINANCEIRAMENTE NA RENDA FAMILIAR		
SIM-PERMANENTEMENTE	61	76,25
SIM-EVENTUALMENTE	08	10,00
NÃO	11	13,75
Nº DE PESSOAS QUE VIVEM DA RENDA DO PACIENTE		
UMA	09	11,25
DUAS	23	28,75
TRÊS	31	38,75
QUATRO	10	12,50
CINCO	06	7,50
MAIS DE SEIS	01	1,25
POSSUI PLANO DE SAÚDE		
SIM	25	31,25
NÃO	55	68,75
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2017.

Cabe ressaltar que a situação profissional intitulada como inválido é referente aos aposentados por invalidez, que conforme o art.42 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, é considerado inválido aquele que for incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

A caracterização clínica dos pacientes apresenta-se conforme a Tabela 3. Mais da metade dos pacientes tem como ambulatório de origem a gastroenterologia (54%). A medicação mais utilizada é o Infleximabe (55%) e 60% dos pacientes fazem tratamento há mais de 24 meses (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização clínica dos pacientes com DCNT em TB (n=80). Rio de Janeiro, RJ (2017)

VARIÁVEIS	PACIENTES ATENDIDOS	
	N	(%)
AMBULATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO		
ALERGIA	06	7,50
GASTROENTEROLOGIA	43	54,00
PNEUMOLOGIA	09	11,00
REUMATOLOGIA	22	27,50
MEDICAÇÃO		
TOCILIZUMABE	10	12,50
INFLEXIMABE	44	55,00
IGH	04	5,00
XOLAIR	06	7,50
ALFA 1	06	7,50
ABATACEPT	09	11,25
HUMIRA	01	1,25
INÍCIO DO TRATAMENTO		
<6 MESES	07	8,75
06-11 MESES	07	8,75
12-24 MESES	18	22,50
>24 MESES	48	60,00
TOTAL	80	100

Fonte: O autor, 2017.

3.2 Resultados do Grupo Focal realizado com os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Biológica

Neste capítulo são descritos os resultados do grupo focal realizado com os profissionais que atuam na UTB e nas clínicas de especialidade, pautado na análise focal

estratégica realizada através da matriz de S.W.O.T. que avaliou as potencialidades, fragilidades, oportunidades e desafios do componente interno e externo da UTB.

Os quadros oriundos da matriz foram organizados e definidos como uma pré-categorização das falas e foram estabelecidas oito categorias que foram utilizadas como referência para elaboração do modelo de gestão do cuidado em saúde, pautado no referencial de Cecílio, são elas: o impacto da educação em saúde e educação permanente na gestão do cuidado na UTB; as relações interpessoais entre os pacientes, equipe da UTB e da especialidade; sobrecarga dos serviços de saúde no campo da atenção secundária; indicadores de processos de trabalho (qualidade e clínicos); a construção da interdisciplinaridade do cuidado na UTB; fragilidades das RAS; o manejo com o paciente em TB; o avanço tecnológico gerado pela terapia biológica.

Abaixo, encontra-se a matriz de S.W.O.T. em duas partes: inicialmente, foram apresentados os pontos fortes e fracos que permitiram um diagnóstico dos fatores internos que influenciam o atendimento na UTB e, posteriormente, as oportunidades e principais ameaças externas que comprometem de alguma forma o atendimento.

3.2.1 Potencialidades e fragilidades da análise interna da matriz de S.W.O.T. da Unidade de Terapia Biológica:

Quadro 1 -Quadro da matriz interna de S.W.O.T. da UTB. Rio de Janeiro, RJ (2018)

Fatores internos	Forças/potencialidades	Fraquezas/fragilidades
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente vínculo/afetividade dos pacientes com o serviço; 2. Elaboração e disponibilização de material educativo para os pacientes da UTB; 3. Equipe de enfermagem da UTB experiente e prestando serviço de qualidade; 4. Proatividade da funcionária administrativa favorecendo o elo entre a especialidade e a UTB; 5. Reconhecimento por parte dos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sobrecarga do serviço de especialidade (excesso de consultas); 2. Falta de adesão dos pacientes às ações educativas; 3. Reduzido número de consultas de acompanhamento em algumas especialidades (gastro); 4. Pouca informação ao paciente sobre a doença na especialidade; 5. Redução de equipe de saúde, insumos e equipamentos por um

	<p>pacientes do serviço de qualidade na UTB;</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Equipe de enfermagem dinâmica e envolvida com o processo de cuidar do paciente; 7. Paciente satisfeito com o serviço de enfermagem; 8. Ambiente da TB acolhedor; 9. Utilização de instrumento padronizado para encaminhamento do paciente para infusão no serviço de Reumatologia. 	<p>período (greve do Estado);</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Falta de <i>feedback</i> entre o serviço de especialidade e a UTB sobre a terapia biológica e a condição clínica do paciente; 7. Conhecimento insuficiente da equipe médica e de enfermagem sobre a clínica do paciente que está em terapia biológica; 8. Falta de propriedade e de interesse de alguns médicos da equipe da UTB sobre a terapia medicamentosa utilizada; 9. Falta de critérios para suspensão ou adiamento da infusão; 10. Ausência de indicadores de qualidade de serviço; 11. Ausência de indicadores clínicos de acompanhamento do paciente; 12. Ausência de um prontuário físico ou eletrônico da infusão; 13. Falta de um local na instituição apropriado para guarda dos medicamentos de alta tecnologia; 14. Interrupção do monitoramento telefônico; 15. Falta de protocolos assistenciais, principalmente para as situações adversas; 16. <i>Checklist</i> de monitoramento telefônico muito extenso; 17. Falta de conhecimento do paciente sobre o tratamento; 18. Desmotivação da equipe no período de greve.
--	---	--

3.2.2 Oportunidades e ameaças da análise externa da matriz de S.W.O.T. da Unidade de Terapia Biológica:

Quadro 2 -Quadro da matriz externa de S.W.O.T. da UTB. Rio de Janeiro, RJ (2018)

	Oportunidades	Ameaças
Fatores externos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidade no Estado de medicamento de alta tecnologia; 2. Boa condição econômica de alguns pacientes que favorece a conservação do medicamento (disponibilidade de geladeira para guarda de medicamentos); 3. Visita da equipe a outras UTB de referência em qualidade, dentro e fora do estado; 4. Qualidade de vida de alguns pacientes; 5. Projeto de extensão com disponibilidade de bolsista para atuar na UTB. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente perdido na rede (não sabe para onde se dirigir); 2. Superlotação do serviço; 3. Transporte inadequado do medicamento pelo paciente; 4. Acondicionamento inadequado do medicamento; 5. Negação da doença pelo paciente; 6. Rede de Atenção à Saúde não funcionante; 7. Questões sociais do paciente impactando no comparecimento às consultas e na continuidade do tratamento; 8. Ausência de um profissional na especialidade (gastro) que funcione como referência para o paciente em terapia biológica; 9. Barreiras de atuação entre a especialidade e a UTB (reumatologia); 10. Falta de fluxo de encaminhamento entre a especialidade e a UTB; 11. Transtornos emocionais levando ao abandono do tratamento; 12. Descrédito na terapia biológica por alguns pacientes (pneumologia); 13. Paciente insatisfeito com a vida; 14. Grande intervalo entre as consultas de acompanhamento do paciente na especialidade; 15. Pouca oferta de serviços para infusão de terapia biológica na RAS; 16. Falha na atualização da equipe que atua na UTB sobre os novos

		<p>medicamentos disponíveis;</p> <p>17. Especialidade assumindo muitas demandas da atenção básica;</p> <p>18. Falta de um protocolo organizacional para transferência externa de paciente no caso de alguma complicação durante a infusão;</p> <p>19. Falta de laudo de encaminhamento para terapia biológica;</p> <p>20. Controle ineficaz de acondicionamento e dispensação de medicamentos na farmácia;</p> <p>21. Ausência de alguns exames de rastreio na rede;</p> <p>22. Serviços de atenção básica com portas fechadas;</p> <p>23. Diminuição na oferta de medicamentos na rede causada pela crise econômica do Estado.</p>
--	--	---

3.3 Fluxograma do atendimento adaptado considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde

Neste capítulo serão apresentados os pontos de maior destaque debatidos pelos gestores/especialistas, com base na análise das falas oriundas dos grupos focais realizados com os profissionais que atuam na UTB e nas clínicas de especialidade.

No primeiro momento, o grupo fez um diagnóstico do cuidado em saúde prestado ao paciente crônico na UTB, levantando seus pontos fortes e fracos. E, no segundo momento, elaborou sugestões com base nas falas dos participantes e nas oportunidades e ameaças identificadas na análise estratégica. Na sequência foram realizadas adaptações ao fluxograma vigente pautadas nas falas oriundas dos grupos focais e suas etapas foram relacionadas às etapas das múltiplas dimensões da gestão do cuidado do referencial de Cecílio.

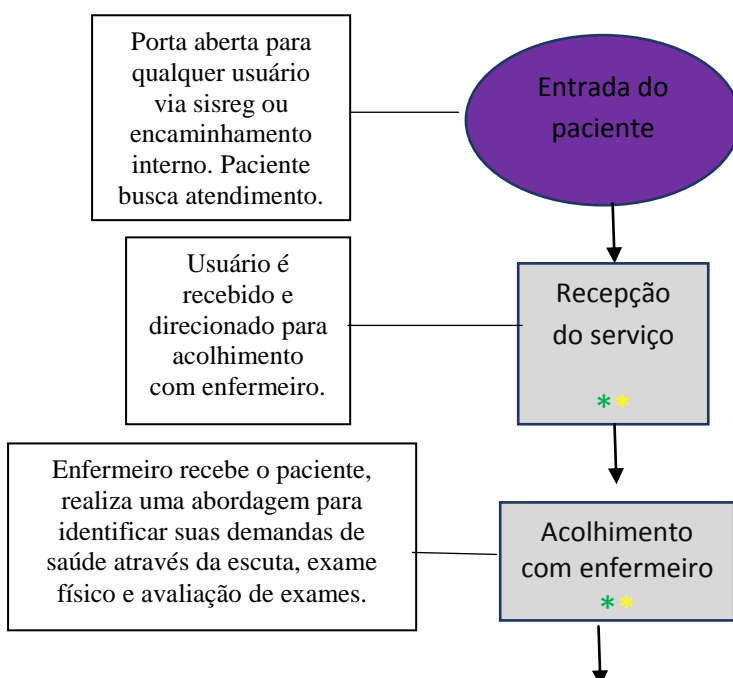
É importante destacar que o objetivo não é apresentar um fluxograma absolutamente preciso, mas indicar tendências e perspectivas para avaliação de aplicabilidade em novos estudos.

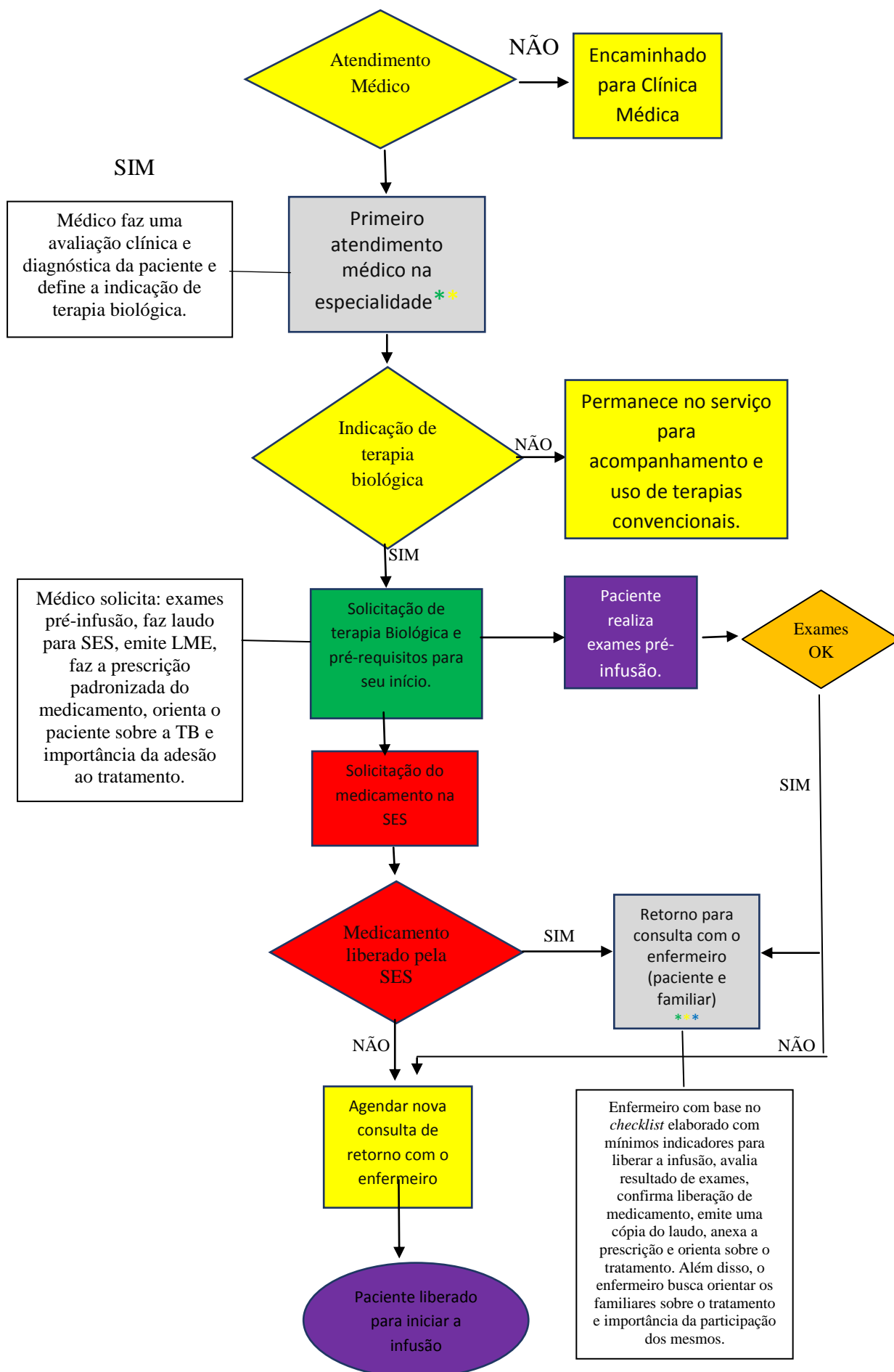
Para relacionar as etapas do fluxograma com as dimensões, utilizou-se uma figura com a cor referente a cada dimensão, permitindo demarcar que aquela etapa do fluxograma corresponde à determinada dimensão. Cabe destacar que nem todas as dimensões foram contempladas nas falas dos profissionais durante o grupo focal. Quando uma etapa do fluxograma abrange duas dimensões ou mais, a identificação acontecerá por um sinal de “*” com a cor correspondente. Abaixo, uma escala de cores por dimensão:

Escala de cores por dimensão da gestão do cuidado em saúde:

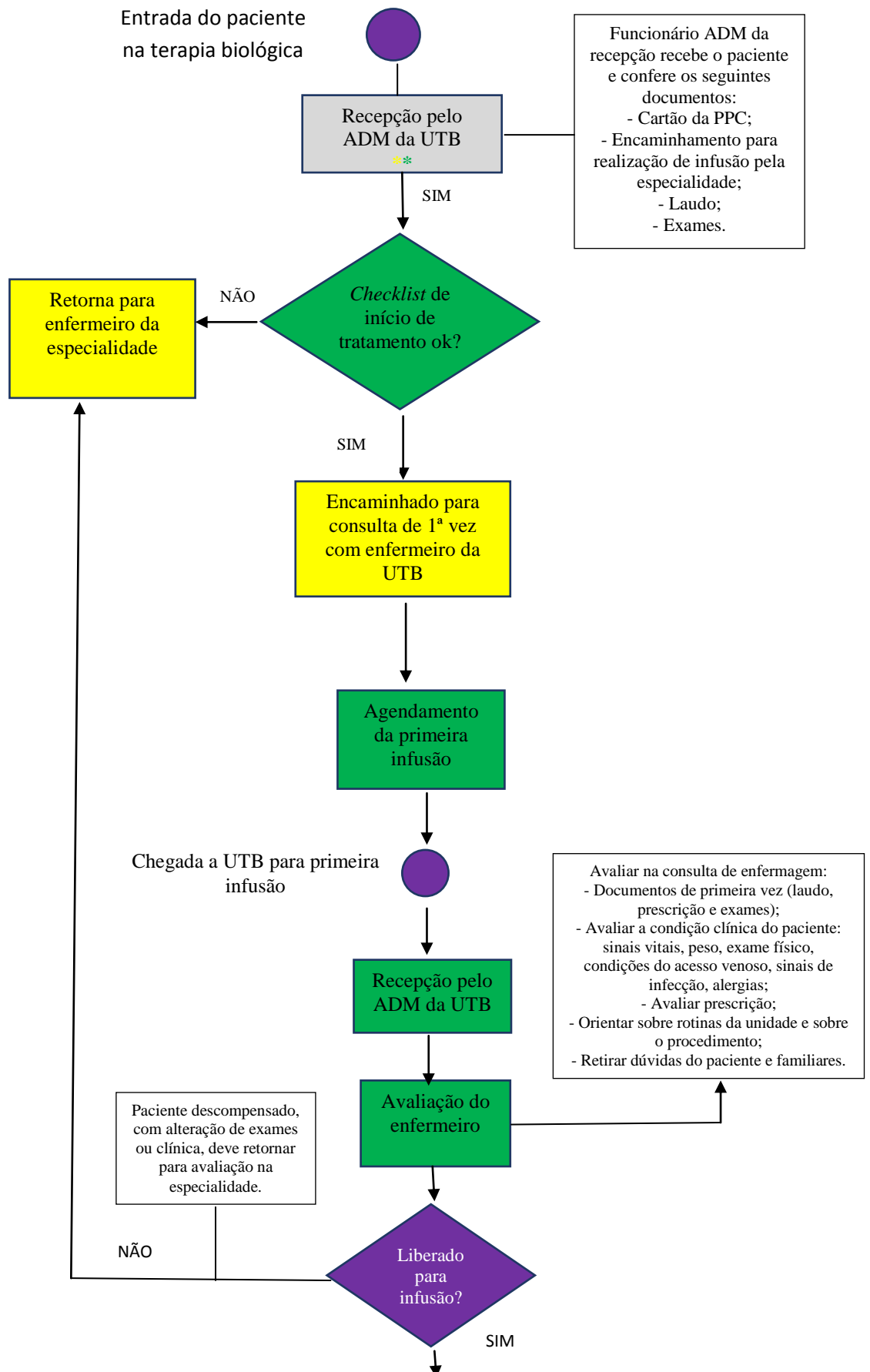
- Dimensão individual
- Dimensão familiar
- Dimensão profissional
- Dimensão organizacional
- Dimensão sistêmica
- Dimensão societária

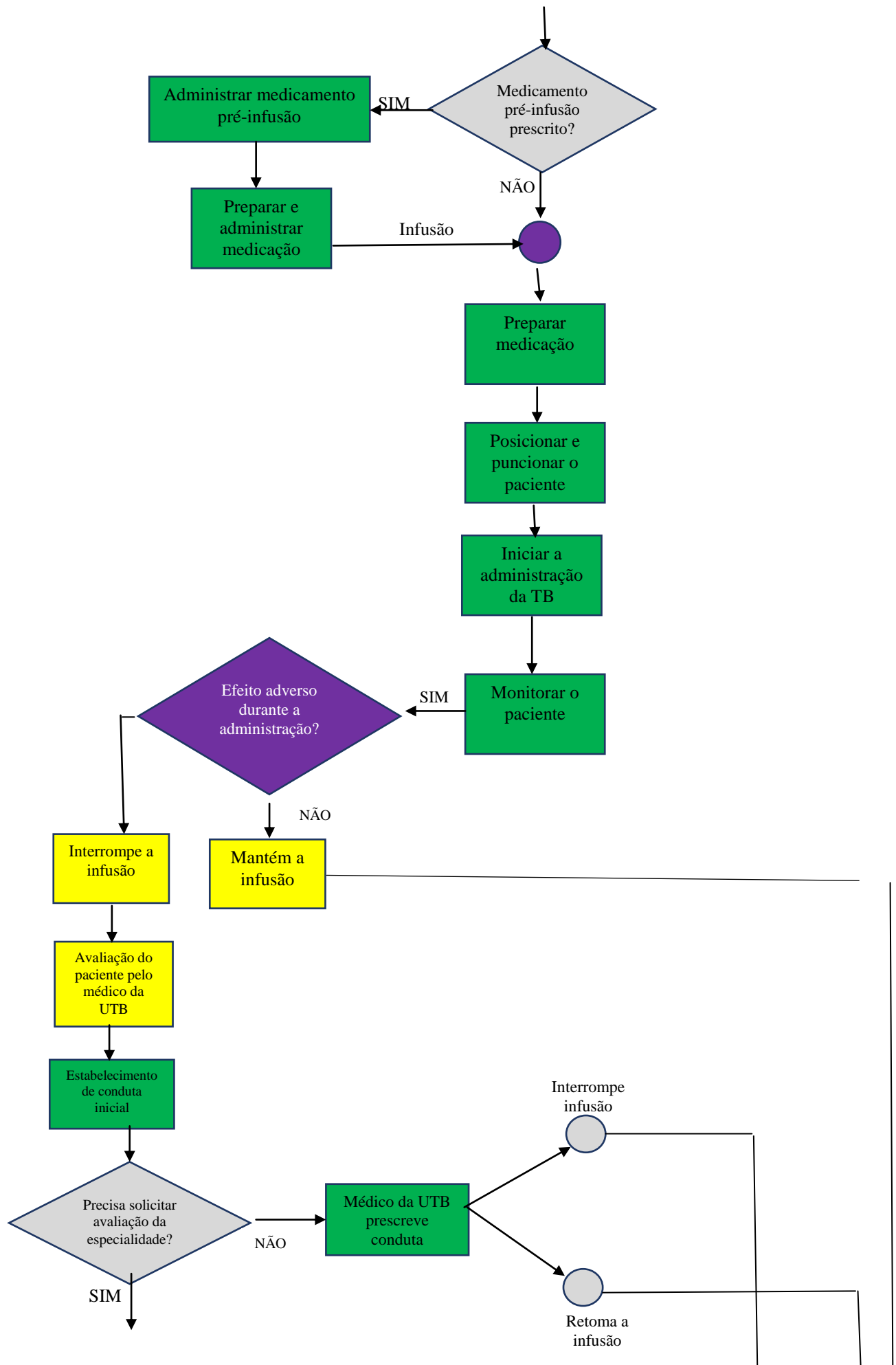
3.3.1 Fluxograma do atendimento na especialidade

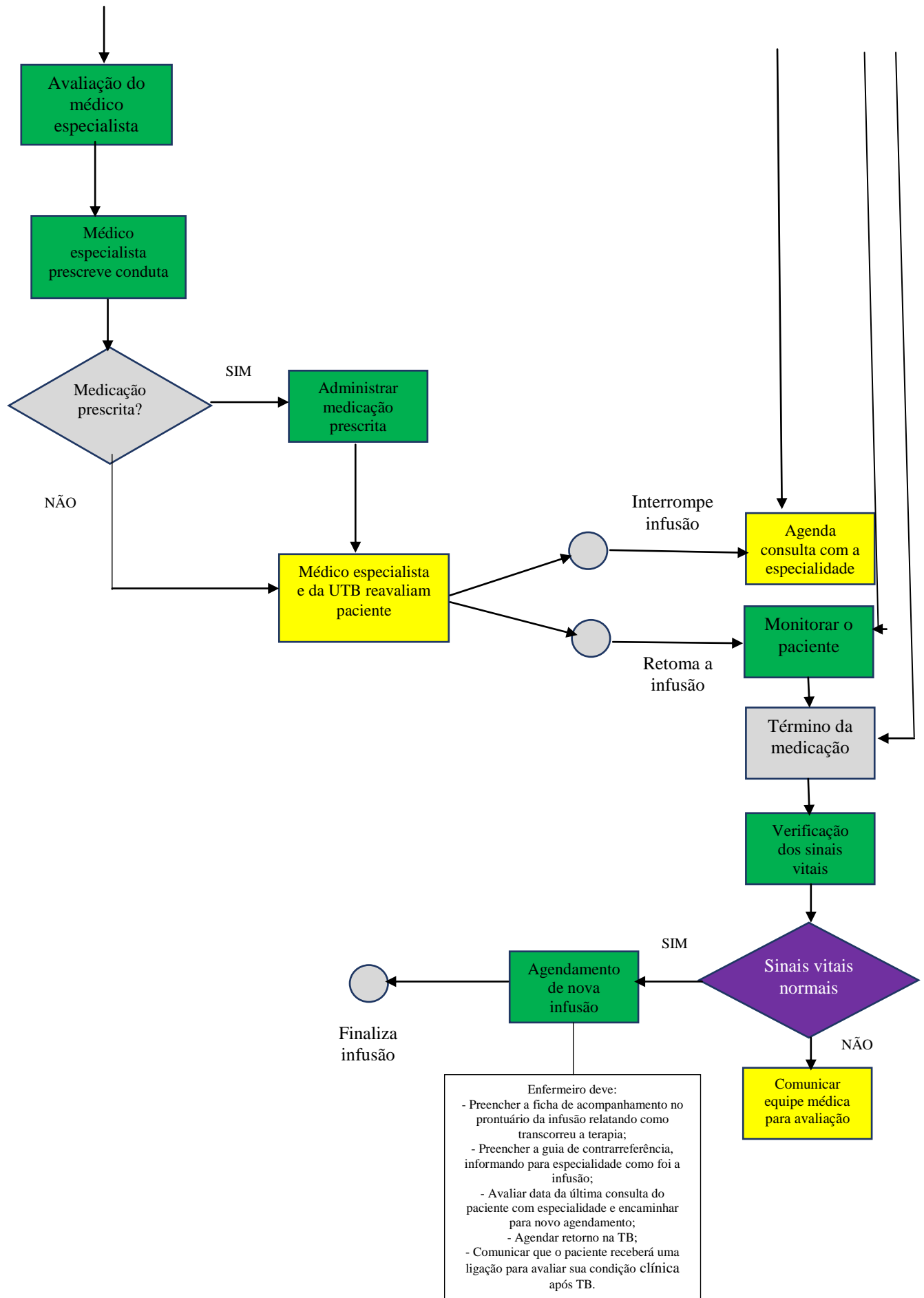




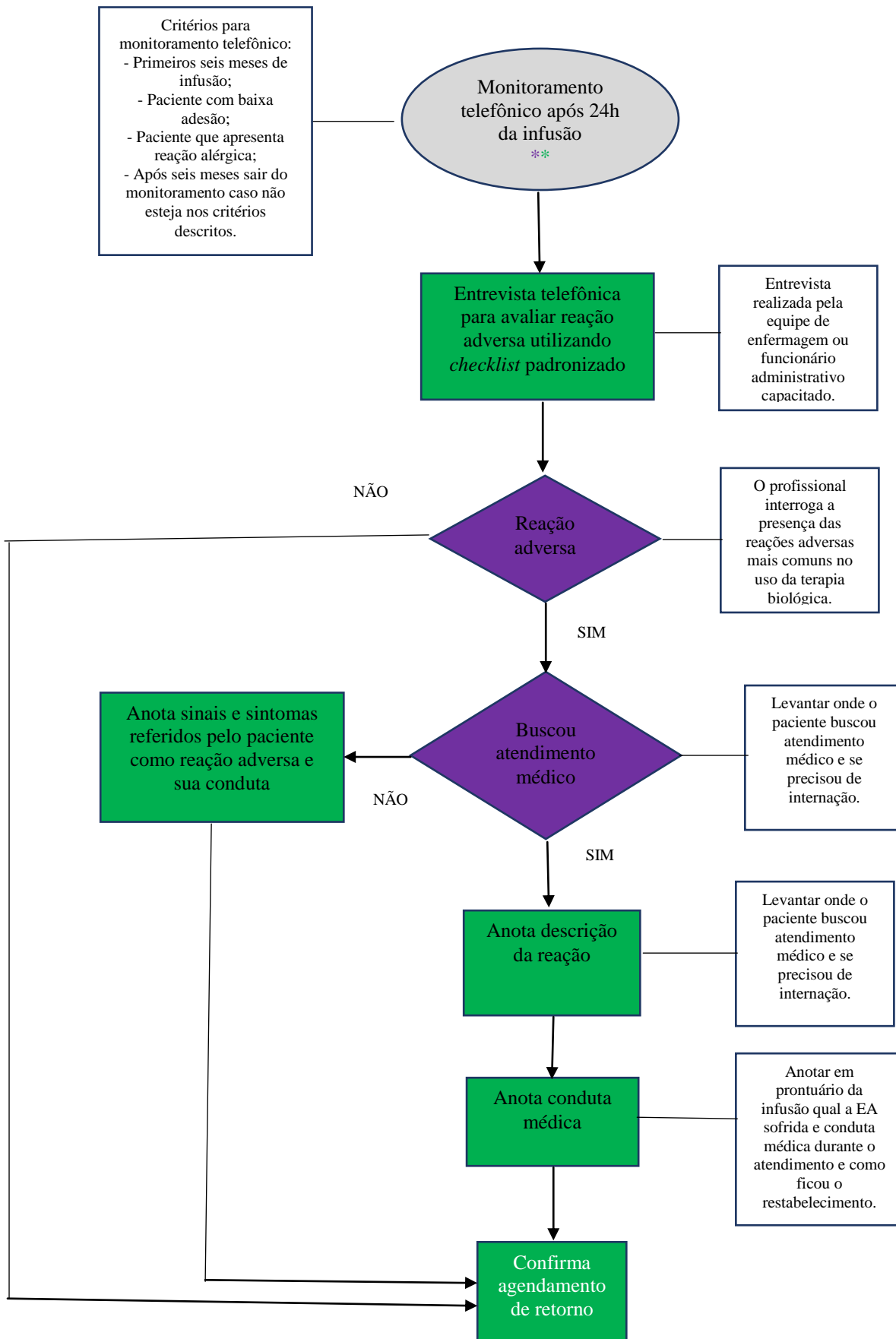
3.3.2 Fluxograma do atendimento na unidade de terapia biológica







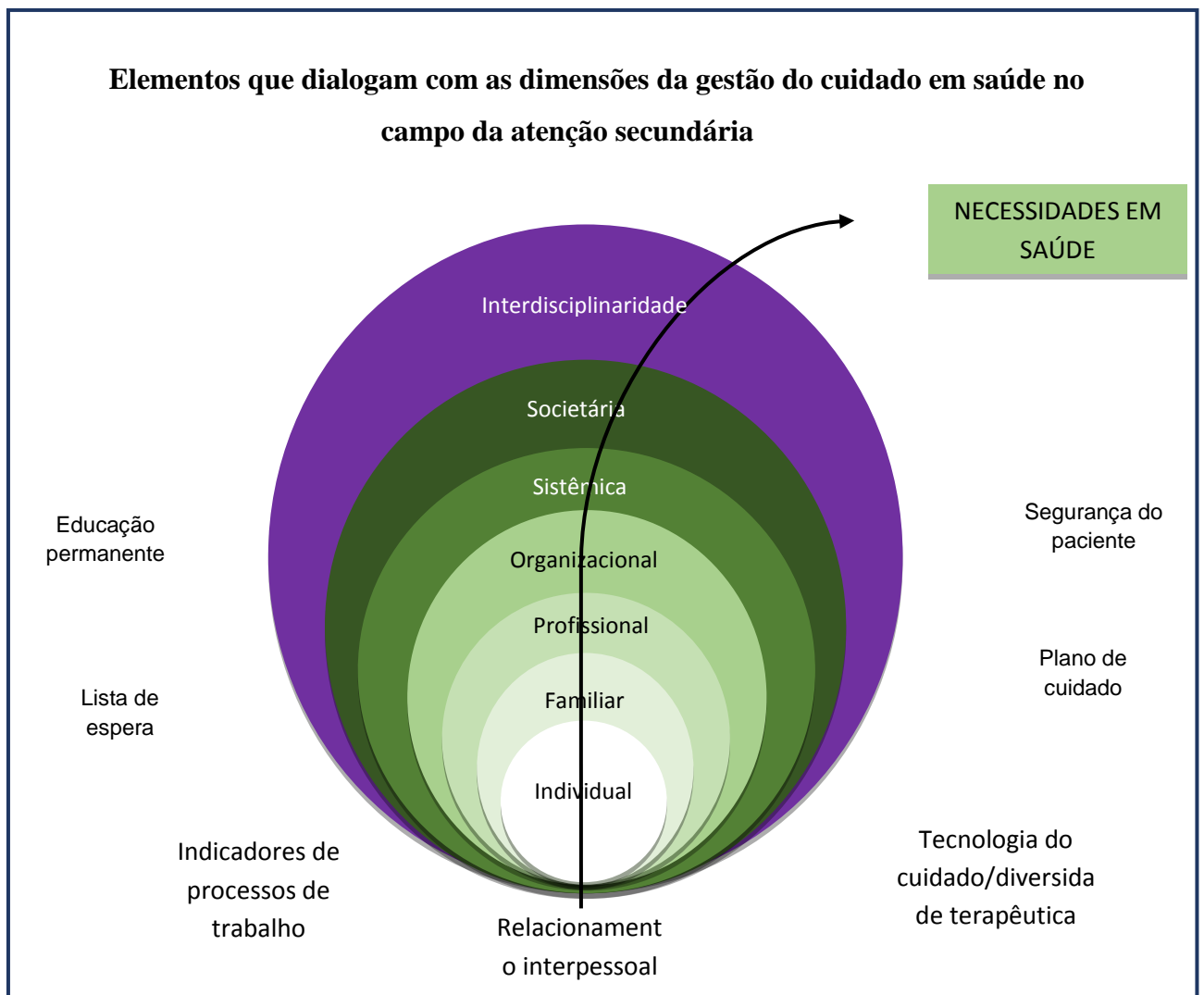
3.3.3 Fluxograma de monitoramento telefônico



3.4 Modelo de gestão do cuidado da Unidade de terapia biológica no campo da Atenção secundária

Neste tópico é apresentada uma proposta de um modelo de gestão do cuidado de uma UTB no campo da atenção secundária, com base nos resultados provenientes dos grupos focais e dos dados empíricos que surgiram das falas dos profissionais participantes do estudo, atendendo, assim, ao objetivo de propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT.

Figura 7 -Modelo de Gestão do Cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com DCNT em terapia biológica



Fonte: A autora, 2018.

O modelo em questão propõe uma sétima dimensão, de caráter epistemológico, que se caracteriza pela interdisciplinaridade, em que através dos saberes de diferentes disciplinas em

uma proposta de regionalização na formação do sistema de saúde ocorre a organização da integração dos serviços. O ponto principal da interdisciplinaridade é a possibilidade de reunir conhecimentos de várias especialidades com qualificações distintas, que apresentam como propósito um atendimento em saúde que alcance as necessidades do paciente em toda sua amplitude.

As falas dos profissionais deixam claro que existe uma grande fragmentação do cuidado entre a atenção básica e a atenção secundária, mas que essa fragmentação também afeta, isoladamente, o nível ambulatorial. No campo da saúde, a interdisciplinaridade acena com a possibilidade da compreensão integral do ser humano no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença.

No entanto, é importante levar em consideração que a doença não deve ser colocada como ingrediente principal do cuidar, mas, sim, ser ampliada a capacidade dos profissionais de construção de outros elementos com potencialidade para invadir outros territórios. Representa o sair em busca de experimentar novos territórios existenciais, experiências de formação que se projetam sobre territórios que mobilizem o contato com outras culturas, com outros modos de existência (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Com base nas categorias epistemológicas de Fleck, Saupe et al. (2005) qualificaram as profissões da saúde como sendo diferentes coletivos de pensamento fundamentadas, cada qual, em seu estilo de pensamento, ou seja, no olhar estilizado que permeia um conjunto de regras para a abordagem e resolução de um problema, com base em uma formação específica e diferenciada com marco conceitual identificado. Nessa concepção, considerou-se que cada profissional que faz parte da equipe de saúde compõe distintos Coletivos de Pensamento e, conseqüentemente, ergue fatos novos diante de problemas comuns.

A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE et al., 2005).

É preciso que os profissionais entendam que entramos nesses espaços com alguma vivência, que se atualiza quando nos deparamos com um dado real e a partir daí há diversos caminhos a seguir: ficar com aquilo que sabemos, pontuando o nosso rígido saber, com pouca margem para experimentar; ampliar um pouco mais com a escuta, abrindo a caixa, mas

fechando em seguida com a prescrição de modos de controlar a doença (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Viegas e Penna (2015) afirmam que a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas. A construção da integralidade pode significar uma sinergia que vai além da potencialização de um novo paradigma para a saúde na APS, podendo resultar em mudanças mais efetivas que atendam às necessidades em saúde da população e uma gestão mais comprometida com a qualidade da saúde.

Ao trabalhar a dimensão da interdisciplinaridade, é importante que o profissional perceba que a cada instante nos produzimos diferentes, com gestos, querer, gostos, opinião, um ser distinto daquilo que éramos antes. O experimentar como ingrediente da formação nos desafia, sobremaneira, a construir estratégias que sejam capazes de deixar vazas as multiplicidades dos sujeitos em um coletivo múltiplo, permitindo que as multiplicidades do plano do cuidado sejam experimentadas e agenciadas pelos múltiplos sujeitos em produção (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

A proposta do modelo de gestão do cuidado na ASS, apresentado como tese, apresenta algumas categorias empíricas que se caracterizam por elementos que dialogam com as dimensões da gestão do cuidado em saúde, são elas: plano de cuidados; fila de espera; segurança do paciente; relacionamento interpessoal; educação permanente; indicadores do processo de trabalho; tecnologia do cuidado e diversidade terapêutica.

Muitos desses elementos dialogam entre si e ao mesmo tempo com diferentes dimensões da gestão do cuidado em saúde. No entanto, cabe destacar que apesar da dimensão familiar estar presente no esquema de modelo proposto, nenhuma referência foi feita, por parte dos profissionais, sobre o cuidado ao familiar do paciente com DCNT em TB ou sua relação de apoio ao paciente em terapia.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo foi organizado de acordo com os resultados encontrados em relação aos objetivos do estudo.

A princípio, abordam-se as discussões das características dos pacientes com DCNT em uso de terapia biológica. A seguir, foram discutidas as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças provenientes do grupo focal realizado com os profissionais que atuam na Unidade de Terapia Biológica e estabelecidas categorias. Na sequência, foram discutidos os pontos sugeridos de adaptação do fluxograma de atendimento às múltiplas dimensões do cuidado e, por fim, foi proposto um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde pautado nas falas oriundas dos grupos focais e no referencial de Cecílio.

4.1 Caracterizando os pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis atendidos na Unidade de Terapia Biológica

Foram entrevistados 80 pacientes em tratamento na UTB das quatro especialidades que fazem uso da TB endovenosa. Constatou-se que 68,75% eram do sexo feminino, esse dado corrobora com Duncan et al. (2012), que descreve o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) e identifica a presença de um universo de 54,4% de mulheres no Brasil.

Esse dado entre em consonância com os dados de Augusto (2013), em que fica claro e muito proeminente que as mulheres são mais suscetíveis às doenças autoimunes. Em seu estudo, 78% das vezes que uma doença autoimune aparece isso ocorre nas mulheres e seu início é observado na idade reprodutiva.

Segundo Augusto (2013), as alterações hormonais como aquelas que ocorrem durante a gravidez e a menopausa induzem modificações clínicas em mulheres com esse tipo de patologias, podendo delas resultar uma melhora ou uma pioria clínica.

O que se observa é que a vantagem de a mulher ter um sistema imune mais potente acabou selecionando o sexo feminino para um maior risco de ser acometido por doenças autoimunes, a maior teoria disso está na hipótese hormonal. Os estrogênios são potentes estimuladores da autoimunidade, enquanto que os androgênios parecem ter um papel protetor nesse processo (MORI, 2012).

O papel dos estrogênios na autoimunidade acarreta uma das doenças autoimunes mais prevalentes nas mulheres: o Lúpus Eritematoso Sistêmico. As alterações nos sintomas e sinais durante períodos hormonais distintos também se revelam na Artrite Reumatoide. Contudo, apesar das implicações dos hormônios sexuais na AR, o seu papel parece menos impactante comparado ao LES. Além do LES e da AR, observa-se que, com o aumento dos números de cesarianas, tem havido um incremento epidemiológico de Doenças Autoimunes (DAI), como Doença de Crohn e Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), e de doenças alérgicas, como a asma, rinite alérgica e dermatite atópica (MORI, 2012; AUGUSTO, 2013).

A idade dos pacientes variou entre 15 e 58 anos e observou-se que a faixa etária de maior prevalência foi de maiores de 50 anos (38,75%), porém entre 41 e 50 anos identificou-se 23,75% de pacientes, o que podemos concluir que não eram classificados como idosos e estavam dentro da faixa produtiva.

O estudo de Souza et al. (2002) teve um predomínio entre 20 e 50 anos, o que se identificou nas formas de duas doenças intestinais inflamatórias, porém percebeu-se tendência a aumento do número de casos na faixa etária acima de 60 anos.

Mais recentemente, o estudo de coorte multicêntrico ELSA-Brasil apresentou um perfil muito próximo dos participantes deste estudo quando abordou as DCNT no Brasil. Sua faixa etária variou entre 45 e 64 anos (67,3%) e já apresenta um percentual de 10% entre 65 e 74 anos (DUNCAN et al., 2012), como descrita a tendência no estudo de Souza (2002).

No que se refere à raça, o estudo apontou uma média muito próxima entre os indivíduos de cor branca (38,75%) e parda (40%), totalizando 78,75% da amostra. Esse fator é uma constante em estudos com DCNT e com doenças autoimunes. O estudo com doenças inflamatórias intestinais de Souza et al. (2008) identificou que 43,2% eram de cor branca e 48,2% se nomeavam pardos. E o estudo com DCNT apontou que 80,4% eram de cor branca e parda (DUNCAN et al., 2012).

O estado civil dos participantes que prevaleceu foi casado ou em união estável (48,75%), assim como observado no estudo de Souza et al. (2008), no qual 66% eram casados e 24% solteiros, que foi sua segunda união mais prevalente. Isso pode ser considerado um fator positivo, pois confere um suporte na dimensão do cuidado familiar que não foi contemplada pelos profissionais durante o grupo focal como um suporte avaliado durante a gestão do cuidado ao paciente em uso de TB. Além disso, ter um suporte familiar também pode auxiliar na manutenção do tratamento, uma vez que auxilia nos cuidados, nas atividades diárias, nas adversidades da doença e nas questões econômicas referentes às despesas do lar e com o tratamento da enfermidade.

Verificou-se que o nível de escolaridade dos participantes foi de 40% com nível médio completo, seguidos de 17% com nível superior completo. Esse grau de escolaridade encontrado no estudo também foi identificado no estudo ELSA-BRASIL com um nível ainda superior de formação. O ELSA apresentou 52,6% de participantes com nível superior completo e 34,6% com nível médio completo (DUNCAN et al., 2012). Esse resultado é muito favorável quando se trata de uma DCNT, em que as ações de educação e saúde e a autonomia do paciente precisam ser muito bem abordadas e compreendidas. Porém, nem todos os estudos apontam esse resultado. O estudo de Luz et al. (2009) identificou que dos 19 pacientes com doença intestinal que participaram do seu estudo, somente 5,26% tinham o ensino médio completo e nenhum relato de ensino superior completo.

Ainda devemos levar em consideração que o estudo aqui apresentado possui uma vantagem ao ser comparado ao estudo de Malta et al. (2017), que refere uma menor utilização dos serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade. Dessa forma, acredita-se que o nível de escolaridade superior, observado no estudo em questão, favorecerá a adesão, manejo e manutenção do tratamento por parte dos pacientes em tratamento na UTB.

No entanto, ainda ao comparar o estudo com o estudo de Malta et al. (2017), encontrou-se uma desvantagem, em que indivíduos com posse de plano de saúde com e sem DCNT tiveram maior uso de serviços, internação e consulta médica. E só 31,25% dos participantes desse estudo possuem plano de saúde. Esse fato só reforça a necessidade de se conhecer os portadores de DCNT e cada vez mais reduzir as barreiras de acesso e promover políticas de saúde capazes de reduzir as vulnerabilidades dessa população.

No que diz respeito à caracterização socioeconômica, quanto à situação profissional, 28,75% se consideram inválidos e 21% atuam com carteira assinada, sendo a renda familiar distribuída entre 1 e 3 salários mínimos (65%). A principal fonte de renda dos participantes é a pensão (38,75%).

Gritti et al. (2015), em seu estudo com 544 pacientes com DCNT, identificou que 61% tinham como fonte de renda a pensão. Esse é um fator que se justifica pela Instrução Normativa INSS/PRES nº 77, de 21 de janeiro de 2015, atualizada em 15 de maio de 2018, que apresenta a lista de doenças que o INSS concede direito ao auxílio doença por invalidez.

Ainda, quanto ao número de salários mínimos que compõe a renda dos participantes do estudo, o resultado corrobora com o estudo de Fernandes et al. (2010), no qual a renda salarial dos pacientes investigada e expressa em salários mínimos é inferior ou igual a três salários mínimos. Assim, apesar de 37,5% dos pacientes serem solteiros e 33,75% não terem filhos, há

de se problematizar que tais fontes de renda não devem ser adequadas para suprir as inúmeras despesas do dia a dia de alguém acometido com DCNT em tratamento com uma terapia de alta demanda tecnologia pelo fato de nem sempre o Estado disponibilizar os medicamentos e pela necessidade de ter condições de um acondicionamento das mesmas em domicílio com qualidade para não comprometer o efeito do medicamento.

Quanto à caracterização clínica dos pacientes em uso de TB, 60% fazem o tratamento há mais de 24 meses e 54% têm de ambulatório de origem a gastroenterologia.

O tratamento com terapia biológica ganhou mercado, inicialmente, com as doenças reumatológicas, mas seu uso tornou-se essencial no tratamento de diversas doenças imunes, dentre elas a doença inflamatória intestinal.

Também se identificou que das drogas imunobiológicas de escolha a mais utilizada é o Infleximabe (IFX) (55%), que é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga ao fator de necrose tumoral (TNF), usado com sucesso no controle de diversas doenças autoimunes.

Dentre as doenças que a medicação tem maior indicação de uso estão a artrite reumatoide, artrite psoriásica, espondilite anquilosante, doenças intestinais inflamatórias e poiríase (MOSS et al., 2014). Assim, esse resultado se justifica, visto que as especialidades que a UTB atende pacientes das especialidades de alergia, reumatologia e gastroenterologia, sendo essa uma droga intravenosa de escolha para as doenças atendidas por essas especialidades.

O estudo de Botsios, Ostuni e Todesco(2005) alerta que possivelmente por ser o IFX o único anti-TNF disponível no Brasil para uso endovenoso (EV) é a droga desse grupo de maior relação de reações infusionais imediatas descrita nos estudos. Augustsson (2007) diz em seu estudo que a doença de Crohn tem uma frequência de 4%-5% de reações infusionais e metade delas ocorre até a terceira infusão.

Esse dado é importante, visto que se ressalta a importância cada vez maior de garantir as ações de segurança do paciente na terapia infusional. Mesmo com o aumento do uso da droga e maior experiência das equipes de saúde em lidar com suas reações, ainda é imprescindível que se tenha um médico durante a infusão com conhecimento técnico para o manejo com a terapia biológica, seja para tratar seus eventos adversos, seja para decidir a retomada ou suspensão da terapia.

O reconhecimento do perfil sociodemográfico, socioeconômico e clínico de pessoas com DCNT em uso de TB pode elucidar informações importantes para o desenvolvimento de ações que visem amparar a gestão do cuidado em saúde e estimular novas tecnologias no tratamento dessas doenças e elevar a qualidade de vida.

Após a apresentação e discussão desses aspectos, procedeu-se à análise das categorias empíricas provenientes dos quadros da matriz de S.W.O.T. a partir do conteúdo das entrevistas que surgiram dos grupos focais, como apresentado abaixo:

4.2 O impacto da educação em saúde e educação permanente na gestão do cuidado na Unidade de Terapia Biológica

Nesta categoria, analisam-se as fragilidades, forças e sugestões do ambiente interno e externo da UTB no que diz respeito às ações de educação em saúde aplicadas aos pacientes na promoção da sua autonomia, adesão e manejo com o tratamento. Além disso, apresentam-se e discutem-se a importância e a necessidade da educação permanente dos profissionais que lidam com as novas tecnologias da terapia biológica.

Apesar do estudo em questão ocorrer no campo da atenção secundária em saúde, a educação em saúde destaca-se como uma prática prevista ao profissional que atua no Programa de Saúde de Família (PSF) e espera-se que a equipe esteja capacitada para desenvolver os processos educativos para a saúde, além da assistência integral e contínua às famílias do seu território (TORRES, 2004; ALVES, 2005). No entanto, foram observados alguns limites, apontados pelos próprios profissionais do PSF, como necessidade de maiores investimentos na capacitação das equipes da saúde da família para atuarem com esses grupos educativos (TORRES, 2004).

Sob essa perspectiva, Torres (2004) acrescenta que as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável.

Para Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Porém, as experiências educativas com paciente com DCNT em uso de TB na atenção secundária ainda são incipientes.

Considerando a importância da educação em saúde para o paciente com DCNT, os profissionais enfermeiros elaboraram um material educativo para orientar o manejo do

paciente com a medicação que fica sob sua guarda, contudo no discurso fica claro que apesar das ações educativas aplicadas a adesão do paciente, em alguns casos, não acontece.

“Nós criamos um folder interno para orientação sobre transporte de medicação. Ajuda de alguma maneira, mas tem pacientes que o folder não adianta. E aí a gente orienta todas as vezes que vem aqui; ele retorna e continua com os mesmos problemas. É difícil.” (Enfermeiro 01)

Alguns estudos assinalam que as orientações realizadas durante a consulta denotam o compromisso da enfermeira em buscar o diálogo de forma mais individualizada, sendo um momento de maior aproximação e interação com os usuários, de modo a identificar suas inquietações e anseios. Todavia, as ações de educação em saúde parecem ser realizadas de maneira prescritiva, voltadas para o aspecto biológico em detrimento de conteúdos que poderiam estimular o potencial crítico e político dos usuários, na perspectiva de sua autonomia e cidadania (SANTOS et al., 2016).

Considerando que 40% dos pacientes têm o ensino médio completo e que 17,50% possuem o ensino superior completo, poderíamos inferir que as orientações realizadas durante o processo de educação em saúde seriam melhor compreendidas e a adesão e o manejo seriam mais eficazes, porém esse não é o único fator de impacto nesse processo.

Um outro fator relevante e intrigante é o tempo de tratamento dos pacientes, em que 60% já estão em uso da terapia biológica há mais de dois anos e ainda assim não aderem às orientações realizadas pelos enfermeiros, principalmente no que diz respeito ao transporte e guarda dos medicamentos. Assim, ao refletir sobre os pontos destacados, é necessário reforçar que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, criem novas estratégias, menos prescritivas, que favoreçam a autonomia dos pacientes com seu manejo com a doença e a terapia.

Além disso, o discurso do enfermeiro apresentado acima reforça o alerta apresentado por Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), de que a educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, mas levar os usuários a refletir sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão, e sim como um direito social. Nesse contexto, é importante que o educador tenha disponibilidade para um diálogo democrático com o paciente, possibilitando um crescimento mútuo. A ausência de disponibilidade para estabelecer um diálogo amplo acaba levando a falhas e baixa adesão às ações educativas, como é possível perceber no discurso abaixo.

“A educação do paciente fica falha pelos poucos momentos de interação com a clínica.” (Enfermeiro 01)

O processo de educação em saúde não pode acontecer só na UTB como estratégia para proporcionar o conhecimento, manejo e adesão à terapia biológica. Ele é um processo amplo e deve atender à integralidade das necessidades do paciente, incluindo, assim, ações educativas elaboradas pela especialidade como ferramentas facilitadoras ao exercício de reflexão e consciência crítica dos pacientes sobre as causas de seus problemas de saúde. A especialidade clínica mais evidente nos dados de caracterização dos pacientes foi a gastroenterologia com 54% do total de pacientes em terapia biológica. Conforme se percebeu nas falas dos profissionais, esse é o serviço com maior intervalo de atendimento nas consultas médicas e não existem interconsultas com enfermeiros. Esse é um fator de grande preocupação, visto que caracteriza uma baixa disponibilidade ao diálogo que é favorecedor da adesão às orientações educativas.

Entretanto, não se pode deixar de considerar que a terapia infusional é formada por uma grande complexidade de ações e reações, e educar o paciente para conhecer e identificar suas reações é muito importante. Assim, os profissionais que atuam na UTB reforçam a importância de criar um *folder* informativo para os pacientes em TB, como descrito nos discursos a seguir:

“E aí eu bato muito na tecla da gente ter um folder de pré e pós-infusão. Entendeu? O pré-infusão, com os cuidados que o paciente tem que ter, por exemplo, teve febre a menos de 72 horas, hidratação adequada, porque o paciente chega aqui e tem muitos que assim, a gente reforça inúmeros objetivos também.” (Técnico de Enfermagem 01)

“E a gente pode até colocar uns pós falando sobre o contato telefônico, após 24 horas você receberá um contato, e relacionado, para o paciente já saber.” (Enfermeiro 02)

Apesar da elaboração do *folder* informativo ser algo que os profissionais entendem ser de grande valia, o último discurso reforça que é preciso uma comunicação mais efetiva com o paciente com DCNT, corroborando com os autores supracitados, que entendem que o paciente precisa ser capaz de refletir sobre a sua vida e entender que saúde é um direito social.

“E continuar a orientação falada, porque a gente sabe que tem gente que não lê.” (Enfermeiro 04)

Essas práticas de educação em saúde são pertinentes, uma vez que se revelam como ferramentas facilitadoras ao exercício de reflexão e consciência crítica dos usuários sobre as causas de seus problemas de saúde. Assim, possibilita-se enfatizar o desencadeamento de um processo pautado no diálogo, de modo que se elaborem estratégias de cuidado valorativas à experiência e contexto de cada indivíduo e ocorra a inserção desse sujeito como copartícipe em seu plano de cuidados (LIMA et al., 2012).

No entanto, a abordagem educativa para o cuidado com o paciente requer dos profissionais da saúde o emprego de seu tempo, conhecimento, competência e planejamento para melhorar a qualidade da assistência e obter resultados satisfatórios na manutenção ou recuperação da saúde (LIMA et al., 2012). Dessa forma, a discussão da educação como prática transformadora e aprendizagem significativa é premissa da educação permanente, que se configura como significativo campo do saber e de prática na área da saúde. O processo de educação permanente contribui para melhorar a qualificação dos profissionais e a organização do processo de trabalho.

Em relação à proposta de educação permanente, observa-se que os profissionais fazem uma autoanálise sobre o seu trabalho ao cuidar do paciente em uso de TB e entendem a necessidade de se remodelar para as novas práticas de TB, fortalecendo, assim, a gestão do cuidado durante a terapia. No entanto, é importante ao se remodelar que os profissionais que atuam na UTB levem em consideração o perfil dos pacientes atendidos no serviço, principalmente no que diz respeito à idade, renda, formação e tempo de tratamento.

“...então você vê que a chegada... o paciente chega para infusão, mas nós ficamos sem nenhuma base...” (Médico 04)

“Eu acho assim, para ter um bom atendimento, uma coisa que poderia melhorar também seria a nossa atualização com as medicações. ...chegou para mim e eu falei: “ué, que medicação é essa? E até hoje ainda não se teve treinamento.” (Técnico de Enfermagem 01)

É importante compreender que a transformação do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde pode ser potencializada por incorporação da educação permanente como dispositivo que proporcione autoanálise e mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

No entanto, projetos e planos, nesse território, são questionados a cada instante. Assim, o interessante é incorporar a potência de vida, reconhecer o território existencial do usuário e provocar movimento (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Dessa forma, novas formas de se pensar e agir seriam incentivadas com desenvolvimento de consciência crítica, refletindo, então, possíveis novos modos de se produzir saúde e de se organizar os processos de trabalho, os serviços de saúde, a formação profissional, a gestão e o controle social (CAMPOS, 2017).

4.3 As relações interpessoais entre os pacientes, equipe da Unidade de Terapia Biológica e da especialidade

Nesta categoria, analisam-se as relações interpessoais estabelecidas entre os pacientes e os profissionais que participam do processo de cuidar dos pacientes com DCNT em TB que decorrem do vínculo que se constrói, da afetividade, da satisfação com o serviço, bem como as repercussões decorrentes do ambiente acolhedor que foi criado dentro da UTB. Além disso, apresenta-se e discute-se o envolvimento dos profissionais com o processo de cuidar do paciente em TB.

Ao refletir sobre a gestão do cuidado ao paciente com DCNT, em uso de terapia biológica, com esses profissionais, é preciso levar em consideração que assim como na AB, deve-se voltar o olhar na ASS para o compartilhamento do cuidado, em que a pessoa, tanto paciente quanto cidadã, tem contato com vários profissionais de saúde, que passam de alguma forma a exercer influência sobre seu estado de saúde. Via de regra, desde o primeiro contato dessa pessoa com os profissionais de saúde, já há alguma interação e o surgimento de elementos terapêuticos, que podem favorecer ou prejudicar a linha de cuidado, por meio da construção ou não de um vínculo. No entanto, é comum os profissionais não valorizarem ou mesmo ignorarem esse aspecto, deixando de lado o poder terapêutico do vínculo (GONÇALVES; FIORE, 2011). Além disso, essa relação é fundamental para uma almejada construção coletiva de cidadania e autonomia da pessoa.

Segundo Viegas e Penna (2012), a ESF tem a definição de um território e de uma população como critérios para o favorecimento do vínculo. Espera-se que os profissionais de saúde possam conhecer a área de abrangência, seus riscos, as principais causas de adoecimento, bem como as pessoas que ali vivem e sua cultura, a fim de que através de uma relação mais próxima a população tenha mais saúde. É possível reforçar essa definição com o que se observou na dimensão profissional da gestão do cuidado, em que um dos elementos

que confere maior capacidade de produzir o bom cuidado é a capacidade do profissional de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

Por meio do processo de acolhimento, a pessoa é convidada a falar e a expor suas necessidades. Isso acontece em todos os momentos terapêuticos, seja na demanda espontânea, nos encontros programados, individualmente ou em grupo. A escuta permite o desabafo (denominado *catarse*, em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas (GONÇALVES; FIORE, 2011).

Santos e Miranda (2016) corroboram com a importância da relação da territorialização com o vínculo, pois favorece o fortalecimento das ações intersetoriais com o estímulo à participação da comunidade. A família se torna o objeto primeiro da atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive e de sua interação com o mesmo, bem como das suas relações com os serviços de saúde em que está inserida. Quanto ao exposto, o presente estudo nos apresenta um alerta, uma vez que a dimensão familiar foi a única em que não se observou nenhuma fala dos profissionais como foco de atenção, contrariando as recomendações das diretrizes das DCNT e da segunda dimensão de Cecílio. Outro ponto relevante apontado pelo presente estudo é que 48,75% dos pacientes em uso da terapia biológica são casados ou vivem com parceiros, reforçando a necessidade de se estabelecer uma interação com os familiares dos pacientes em TB, permitindo que eles tenham um conhecimento sobre a terapêutica e suas possíveis reações, além de levar uma maior aproximação dos profissionais do contexto emocional do usuário quando está em convívio familiar.

Percebe-se que o vínculo ultrapassa uma simples relação profissional para algo mais complexo e próximo da realidade do usuário. Os profissionais conseguem identificar além dos problemas de saúde, ou seja, o contexto em que o indivíduo e a família estão inseridos, a condição de saúde, o aspecto emocional do usuário (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Pelos discursos se constatou que durante a infusão o paciente estabelece uma relação de confiança, vínculo, admiração, respeito e agradecimento aos profissionais que atuam na UTB. Essa relação que se estabelece permite uma confiança que leva o paciente a dividir suas ansiedades e suas questões pessoais.

“Ele não está aqui necessariamente falando da doença dele. Nem sempre.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Eu acho que isso é uma coisa que muitas vezes, vocês têm o paciente mais tempo perto do que propriamente dito na especialidade. Porque ele vem, ele entra no consultório, ele gasta aquele tempo e sai. Aqui ele vem a cada oito semanas e fica um tempo. Então vocês têm uma proximidade, um vínculo maior. Numa sessão de quatro horas de diálise de um paciente, eu sabia mais da vida dele do que a família dele.” (Enfermeiro 03)

Apesar do vínculo estabelecido com os profissionais que fazem a terapia biológica, percebe-se que o contato que ele tem com a especialidade é muito esporádico, o que comprova que não existe uma relação entre o paciente e a equipe da especialidade efetiva. O contato durante as consultas é muito rápido, pois a demanda de pacientes impede que exista um diálogo e uma troca entre eles. Diferente do ocorrido na UTB, onde o paciente fica por mais tempo e em maior frequência, o que permite construir um vínculo que contempla a terceira dimensão da gestão do cuidado, profissional. Vale aqui realçar que tal abordagem acolhedora e vinculante é necessária para que os profissionais ofereçam os cuidados em saúde de forma integral, atingindo igualmente as pessoas com queixas físicas e/ou com algum grau de sofrimento emocional (GONÇALVES; FIORE, 2011).

O profissional, ao escutar seu paciente, estimular a livre expressão de suas angústias e nomear uma doença, introduz a possibilidade de dar um sentido ao sofrimento da pessoa, de ajudá-la a se reorganizar diante das suas vivências. O que é dito e comentado é sempre menos apavorante do que o não dito que fica à mercê de nossas fantasias. Assim, o profissional deve fazer de tudo para adaptar sua linguagem à do paciente e evitar qualquer revelação ou interpretação prematuras sobre a natureza do sofrimento deste (GONÇALVES; FIORE, 2011).

O vínculo consiste em uma ferramenta de promoção da integralidade, singularidade do cuidado, compreensão ampliada do processo saúde-doença e necessidade de intervenção, tudo isso identificado a partir de demandas e problemas que interferem na satisfação do usuário com o serviço e no sucesso ou fracasso do tratamento (SANTOS; MIRANDA, 2016). A integralidade vem sendo considerada uma base na superação de desafios enfrentados e busca de saúde de fato (VIEGAS; PENNA, 2012).

Outra aplicabilidade positiva do vínculo é o seu uso como um recurso terapêutico, inserido em um novo modo de fazer saúde por meio da superação do modelo biologicista para um olhar mais humanizado e responsável sobre o indivíduo, família e comunidade. Assim, o uso do vínculo como recurso terapêutico ultrapassa a dimensão do cuidado em si promovendo a responsabilização sobre o usuário e sua situação de vida (SANTOS; MIRANDA, 2016).

A ação terapêutica decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados sustenta-se em quatro pilares presentes em qualquer relação terapêutica, podendo ser instrumentalizados por todos os profissionais de saúde, são eles: o Acolhimento, a Escuta, o Suporte e o Esclarecimento (GONÇALVES; FIORE, 2011).

A formação do vínculo entre profissional e paciente promove uma relação de confiança e respeito que acontece por meio da identificação das necessidades do paciente. Consiste em uma ferramenta imprescindível para uma boa adesão ao seu tratamento (SANTOS; MIRANDA, 2016). Nas falas abaixo, os profissionais médicos explicitam essa análise com base naquilo que os pacientes dizem durante seu tratamento sobre a equipe de saúde e com referência ao que eles observam durante a assistência de enfermagem ao paciente com DCNT durante a terapia biológica:

“Eu acho que vocês acabam identificando isso melhor do que a especialidade por causa do tempo que esse paciente está aqui. O vínculo é outro.” (Médico 05)

“Vocês são maravilhosos, não tem como agradecer, vocês continuam atendendo a gente.” (Médico 04)

Com isso, pode-se inferir que quanto mais apropriado for o vínculo, melhor será o resultado, pois maior será a troca de saberes entre os trabalhadores da saúde e os pacientes, trazendo, assim, mais satisfação aos mesmos (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Uma situação muito identificada nas falas é que o maior vínculo permite que o profissional identifique as necessidades de saúde dos pacientes, seus anseios, medos, abandono, baixa adesão ao tratamento, entre outras demandas que não são só clínicas, mas que interferem no automanejo do paciente com a doença.

Uma constante nas falas dos profissionais é que os pacientes apresentam um bom grau de satisfação com a assistência prestada na UTB pelos profissionais. Além disso, eles reconhecem a qualificação e eficiência da equipe, sentem-se respeitados e em um ambiente acolhedor.

“...por exemplo, ano passado que a gente teve esse programa todo da greve, vários pacientes foram remarcados para o Pedro, quiseram tirar de vez a reumato daqui, e, por exemplo, os pacientes ficaram questionando, “poxa, mas eu gosto tanto daqui, gosto de vocês e do atendimento, e, é muito mais rápido do que no Pedro, porque eles tiveram as duas visões e que são os dois locais, os dois ambientes, os dois atendimentos”, e a gente vê que a reumato permaneceu mais pelos pacientes do que pelos Médicos.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Eu acho que o trabalho funciona com uma fluidez muita grande, e os pacientes gostam de estar aqui, eles se sentem bem aqui e o funcionamento da equipe é dinâmico, e então o ambiente aqui eu acho muito bom.” (Médico 04)

“Ele fica tranquilo aqui, a equipe tranquiliza, as brincadeiras em que acontecem no setor, brincadeiras saudáveis que os pacientes, sabe, fazem com que ele se sinta um

ambiente tranquilo para ele receber aquela medicação que para ele é pesada e que pode desgastar muito ele.” (Médico 04)

“...toda a equipe tem a excelência do trabalho e ela passa pela satisfação do paciente, em estar ali.” (Médico 05)

É importante destacar que para alguns autores não é suficiente fazer apenas o diagnóstico da doença, se não tiver uma ideia de como o doente a percebe e como entende suas palavras. Para evitar uma comunicação destrutiva, o profissional de saúde deve adaptar suas palavras a cada doente e situação que se apresenta. Cada doença tem um impacto na história daquela pessoa em particular. Esse fato pode estar associado à ruptura de um determinado ritmo e hábitos de vida consequentes a uma resposta diante de uma situação traumática que provoca desorganizações e transtornos que necessitam ser revistos (GONÇALVES; FIORE, 2011).

Em relação à excelência do cuidado, muitos profissionais e instituições acham que garantir excelência é dispor de serviços diferenciados para pacientes, familiares e equipes, com áreas de suítes amplas, sala de estar, poltronas com sistema de relaxamento, cardápios variados, entre outros. Porém, o paciente com doença crônica e dependente de altas tecnologias precisa ser ouvido e ter suas reais necessidades atendidas (VIEGAS; PENNA, 2012), como é possível perceber no relato abaixo.

“[...]agora, o bom atendimento não tem jeito, a gente depende do outro, não depende da estrutura, não depende da cadeira confortável, não depende do ar condicionado, fone de ouvido e da televisão porque a gente tem tudo isso lá, a televisão, o fone de ouvido, tem cadeira reclinável, tudo ótimo, mas o atendimento não tem jeito.” (Enfermeiro 01)

Diante do exposto, é preciso propiciar uma relação compromissada entre os profissionais, o paciente e a família, direcionando os profissionais para uma atuação humanizada, voltada para escuta, conhecimento das necessidades e prioridades dos pacientes e construção de intervenções terapêuticas individuais, promovendo, assim, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e dos pontos de vulnerabilidade do paciente.

4.4 A sobrecarga dos serviços de saúde no campo da atenção secundária

Nesta categoria se assinala a sobrecarga que os serviços no campo da atenção secundária em saúde estão sofrendo, incluindo os seguintes temas: crescente fila de espera para atendimento; redução de pessoal causada pela crise do Estado; redução de insumos; e falta de adequação de equipamento para garantir a qualidade do cuidado.

A qualidade da atenção às DCNT em países de baixa e média renda também é um motivo de preocupação. Com frequência, esses países lutam contra a complexidade da combinação de recursos insuficientes e acesso insatisfatório aos serviços necessários, fármacos e tecnologias. Ao mesmo tempo, muitos desses países ainda estão lutando contra as doenças transmissíveis e os problemas de saúde materna e infantil. Os serviços de saúde frequentemente carecem de insumos primordiais para exames, testes diagnósticos e medicamentos necessários para oferecer a atenção essencial às DCNT (OPAS, 2015).

A proposta da APS é ser coordenadora do cuidado ao longo da vida do paciente e a ASS atua como um consultor de cuidados primários de maior complexidade e que necessita de um olhar especializado, porém essa relação contínua entre os níveis de atenção à saúde nem sempre é tão bem conduzida devido a falhas organizacionais da rede.

Um estudo realizado por Waibel et al. (2018), no Sistema de Saúde Nacional do Catalã, sobre a percepção de continuidade relacional com os cuidados primários e médicos de cuidados secundários relata que para aqueles pacientes que experimentaram visitas frequentes ao longo do tempo com a mesma atenção primária ou médico os cuidados secundários indicaram que eles foram capazes de estabelecer uma relação contínua.

O estudo ainda reforça que compreender os vínculos entre a continuidade relacional e a qualidade dos cuidados deve merecer mais consideração em estudos futuros, dado que a continuidade dos cuidados já é vista como uma característica crítica de serviços.

Entende-se que uma comunicação eficaz entre os diferentes serviços contribui para a desfragmentação da rede, assim como uma efetiva participação dos trabalhadores no âmbito da atenção (SIQUEIRA et al., 2016).

No entanto, a falta de resolutividade na APS, percebida em alguns estudos, caracteriza a realidade enfrentada diariamente pelos usuários do SUS, o que pode acarretar em sobrecarga de alguns serviços e aumentar a procura pelo serviço secundário e hospitalar (SIQUEIRA et al., 2016). Há usuários inconformados com a superlotação enfrentada nos serviços de saúde. Assim, percorrem caminhos que comprometem, por vezes, o fluxo da RAS.

A entrada nos serviços não significa ter acesso ao cuidado. Ter plenitude de acesso é conseguir usufruir de tudo que o serviço oferece, com base na sua necessidade de usuário, e assim garantir a efetividade do cuidado.

Os pacientes acometidos por doenças crônicas estão expostos a um maior risco de receber assistência fragmentada, uma vez que são vistos por diferentes profissionais em várias configurações (WAIBEL et al., 2018). As falas apresentadas pelos profissionais da UTB reforçam esse fato e lançam um alerta para essa assistência que não garante um acesso aos serviços de forma plena e ainda acarreta uma redução da qualidade dos cuidados e uma sobrecarga dos serviços.

Outro fator que influencia a qualidade da atenção às condições crônicas é o volume de trabalho, como também a capacidade do sistema de saúde de atender efetivamente todos os necessitados. Atualmente, salas de espera e ambulatórios superlotados podem ser comuns em muitos serviços por causa do enorme aumento do número de pacientes com DCNT que buscam atendimento. Portanto, o uso racional dos recursos disponíveis para o manejo das DCNTs é decisivo. É necessário, por exemplo, que o profissional de saúde disponha de tempo suficiente para que, nos atendimentos clínicos, execute a miríade de tarefas exigidas nos cuidados crônicos, que incluem manejo clínico e psicológico, apoio ao automanejo e coleta de dados, entre outros (OPAS, 2015).

A trajetória dos pacientes de busca por cuidados de saúde e a opção pelo tipo de serviço sofre influência de fatores individuais, sociais, culturais e clínicos, além de estar relacionada com a organização e oferta de ações pelo próprio serviço de saúde, como os horários em que funciona e os meios disponíveis para o diagnóstico. As dificuldades de acesso aos serviços de APS acabam aumentando a demanda do campo da ASS, que por sua vez não consegue suprir essa demanda excessiva por falta de estrutura nos serviços e qualificação profissional (JUNG et al., 2016).

No caso dos pacientes em uso da terapia biológica, observou-se que apesar de 38,25% possuírem plano de saúde, a busca continua sendo pelo serviço público, visto que a terapia biológica de alta tecnologia possui um elevado custo, sendo incompatível com a renda dos mesmos. Dos 80 pacientes em tratamento, 76,25% vivem com 2 salários mínimos e 50% têm estes como a renda principal da família.

No entanto, os profissionais precisam unir esforços para identificação precoce de casos e no tratamento adequado da DCNT, através da RAS, que deve dispor de melhor estrutura, organização e funcionalidade, reduzindo o impacto negativo da falta de organização na saúde da população. As fragilidades na rede são elementos de forte impacto na sobrecarga dos profissionais, como demonstrado nas falas abaixo:

“E você acaba recebendo com mais facilidade... porque não é qualquer unidade que faz o biológico.” (Médico 02)

“A gente fica muito sobrecarregada pelo número excessivo de pacientes.” (Médico 01)

“Gente fica sobrecarregada porque a gente assume a função da clínica da família, qualquer coisa, encaminhamento.... encaminha para cá, encaminha para lá.” (Médico 02)

“A agenda. O médico pede para marcar, a gente colocar no sistema, mas a agenda da TB é outra... Não faria sentido se o sistema de informática fosse integrado. Os problemas acabam sendo compensados por mais trabalho da equipe pessoal.” (Médico 01)

“Eu não tento procurar um culpado e muito menos apontar um culpado, a culpa é do médico que está na ponta, da enfermagem da clínica, de jeito algum, a culpa é do serviço inflado.” (Enfermeiro 01)

“A gente tem um ambulatório lotado, então a entrada pelo sisreg é bem pequena.” (Médico 01)

“...e a tendência é só aumentar porque os pacientes não recebem alta do tratamento e só entram outros pacientes.” (Médico 05)

Embora a enfermagem seja imprescindível para o acesso e funcionamento dos serviços de saúde, ainda persistem profundos desequilíbrios e lacunas na disponibilidade, distribuição, composição, qualificação e produtividade de todos os profissionais de saúde, o que tem implicações na acessibilidade, qualidade e segurança dos serviços prestados.

Para atingir o objetivo de acesso universal em saúde, portanto, é necessário olhar para quem realiza o trabalho, como o realiza e em que condições, nos diferentes cenários histórico-sociais. Nesse sentido, a análise das cargas de trabalho presentes no modo de trabalhar é um caminho promissor para orientar a prestação de cuidados aos usuários e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do acesso aos serviços de saúde (PIRES et al., 2016)

No que se refere às questões organizacionais, os trabalhadores que fizeram parte do estudo de Shoji et al. (2016) apresentaram como proposta para uma melhor organização do processo de trabalho chefias mais humanizadas, aquisição de equipamentos e insumos materiais que favoreçam o trabalho, bem como formas de comunicação mais eficientes e eficazes entre as equipes. No entanto, o ponto de maior destaque no estudo foi a necessidade do aumento dos recursos humanos para que se diminua a sobrecarga de trabalho.

Contudo, não podemos deixar de enfatizar que a falta de equipamentos e insumos compromete a qualidade do cuidado prestado e põe em risco a segurança medicamentosa do

paciente, principalmente quando se trata da TB, que é feita na via endovenosa com medicamentos de alta complexidade e que apresentam risco de reações adversas.

Ainda sobre a gestão organizacional e sistêmica do cuidado, a sobrecarga de trabalho, excesso de demanda, deficit na estrutura física, falhas no funcionamento da rede de atenção do SUS, insatisfação com salário considerado insuficiente e com a jornada de trabalho percebida como excessiva, escassez de recursos humanos e a sobrecarga causada pela realização de atividades administrativas são elementos que corroboram com a falência das condições de trabalho (PIRES et al., 2016).

Diante dessa problemática, os profissionais aludiram que a redução de recurso humanos, o dimensionamento de pessoal incompatível com as ações desempenhadas, a falta de investimento financeiro, falta de equipamentos inovadores e insumos, redução salarial e excesso de procedimentos são elementos que levam ao aumento da sobrecarga de trabalho e até mesmo à necessidade de mudar a escolha de terapia medicamentosa.

“Se continuar nesse fluxo de redução, a gente tem que começar a preferir medicamentos subcutâneos...para diminuir a vinda dos pacientes, para diminuir a quantidade de atendimento.” (Médico 01)

“Acho até correto, mas assim, aí a quantidade de profissionais seria inversa.” (Técnico de Enfermagem 02)

“Enquanto eu teria talvez dois ou três enfermeiros no dia, hoje temos muitos profissionais na escala assim, mas às vezes, temos dois técnicos, três técnicos e um enfermeiro, no máximo dois, a quantidade seria inversa.” (Técnico de Enfermagem 02)

A sobrecarga de trabalho, associada aos atrasos de pagamento vivenciados pelos profissionais no período de crise do Estado, foi um elemento significativo na redução de pessoal e necessidade de delegar parte das ações privativas do enfermeiro.

“Restrição de salário nosso que a gente teve momentos de passar dificuldade financeira pela questão da falta de salário... teve momento que não tinha enfermagem porque estava restrita, não tinha residentes... então tudo isso por mais que a gente tente organizar, a gente acaba ficando restrita.” (Médico 02)

“A gente(enfermeiro) não consegue dar conta quantitativamente dos procedimentos... a gente delega...” (Enfermeiro 04)

Mesmo com todas as dificuldades organizacionais enfrentadas pelos profissionais, suas ações são desempenhadas com responsabilidade e qualidade, garantindo a continuidade do cuidado ao paciente com DCNT em TB.

“A gente nada contra a maré, e ainda assim, eu acho que a gente vigia os nossos pacientes muito bem vigiados.” (Médico 02)

Alguns dos principais elementos para a redução das cargas de trabalho são o trabalho em equipe, o vínculo com o usuário, a qualificação profissional e a afinidade com o trabalho (PIRES et al., 2016).

4.5 A interdisciplinaridade e a influência dos Indicadores de processos de trabalho na gestão do cuidado

Na presente categoria, apresenta-se e discute-se o ponto de vista dos profissionais sobre o papel de cada um nas diversas etapas terapêuticas que o paciente com DCNT em TB passa nos serviços de atendimento à saúde, bem como as possíveis ações e condutas que os profissionais de saúde podem adotar para contribuir com a construção da interdisciplinaridade do cuidado na UTB.

Esta categoria também tem como desafio analisar as repercussões positivas e negativas dos protocolos assistenciais para o desenvolvimento do trabalho na UTB em que os profissionais atuavam. Na discussão dessas repercussões estão relacionadas a falta de *feedback* entre o serviço de especialidade e a UTB, falta de critérios para suspensão ou adiamento da infusão, ausência de indicadores de qualidade de serviço, ausência de indicadores clínicos de acompanhamento do paciente e falta de protocolos assistenciais, principalmente, para as situações adversas.

Os protocolos assistenciais são instrumentos essenciais para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política têm como foco a padronização de condutas clínicas e organizacionais em ambientes primários, ambulatoriais e hospitalares.

Com a descentralização, a autonomia dos municípios tem sido um dos mais importantes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em muitos deles, a construção do sistema de saúde vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão, no qual, entre outros, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS. Porém, em muitos municípios, a discussão sobre o emprego dos protocolos não acontece ou, quando acontece, não é de forma clara, participativa

ou democrática. Possivelmente, essa situação tenha a ver com a condução da gestão do processo de trabalho, ou seja, com a forma como gestores e trabalhadores estão realizando suas atividades cotidianas (WERNECK, 2009).

Essa abordagem traduz uma necessidade percebida pelos profissionais de rever os processos de trabalho com frequência, uma vez que mesmo com fluxos previamente desenhados a sobrecarga de trabalho, a rotatividade da equipe, a falta de atualização dos profissionais, o pouco vínculo, a falta de disponibilidade do profissional e o perfil dos pacientes acabam criando novos fluxos ou deixando de atender às etapas importantes para organização do trabalho na UTB, como apresentado abaixo:

“eu acho que falta só mesmo esse ajuste da pneumo, até o início da pneumo era mais tranquilo, porque o Dr. Tiago primeiro passava por ele, para depois liberar o paciente para cá, eu acho que só a gastro que fica perdido, o paciente fica sem controle.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Eu percebo a qualidade da assistência boa, acho que poderia ser melhor...a qualidade fica restrita a alguns fatores.” (Médico 02)

Percebe-se nas falas uma angústia por parte dos profissionais que atuam na UTB devido à ausência de vínculo e continuidade do cuidado entre a especialidade e o serviço de UTB. Não existe um *feedback* entre os serviços, a especialidade não informa aos profissionais responsáveis pela infusão dos biológicos a sua conduta ao tratar o paciente acometido pela DCNT e não recebe nenhuma informação da UTB sobre a continuidade do tratamento do paciente, deixando claro que a fragmentação do cuidado não está presente só entre a RAS, e sim dentro de um mesmo campo de atenção à saúde, como é o caso da UTB inserida na ASS.

Nesse sentido, gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado em saúde requer uma reflexão crítica acerca das fragmentações presentes nas práticas individuais dos profissionais e os modos de sua organização nos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2005).

“E a gente também não tem um feedback da clínica sobre o que aconteceu com o paciente... e se a gente não procurar saber do paciente para dar esse feedback de que o paciente parou de tratar, que o paciente faleceu e se o paciente... isso fica perdido, fora que a gente sente que não é dada a devida importância, a clínica não sabe se o paciente está aqui, e a clínica não sabe se o paciente veio naquele momento ou se não veio.” (Enfermeiro 01)

A integralidade do cuidado reafirma a complexa unidade humana, em que as atitudes, as ações e os fazeres dos profissionais de saúde devem valorizar aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva.

Erdmann et al. (2007) afirmam que o processo auto-organizador pode criar o radicalmente novo, ampliando a capacidade do sistema de cuidados de interagir com eventos aleatórios que o perturbam, assimilando-se e modificando a sua estrutura.

Assim, o sistema de cuidados caracteriza-se pela ambivalência e pelo contrassenso entre a ordem e desordem, que conduz o caminho para um nível e organização mais elevado, com novos predicados, novas competências, para assumir novos contornos e maiores disposições relacionais. O seu grande avanço pode advir na dinamicidade e na multiplicidade de interações, nos aspectos parciais e na totalidade da realidade, do todo nas partes e das partes no todo (ERDMANN et al., 2007).

Outro ponto de destaque, presente nas falas, tem relação com a falta percebida pelos profissionais médicos da UTB de uma maior integração com a especialidade para lhes garantir mais propriedade no processo de cuidar. Além da fragilidade que se vê pelo desconhecimento dos avanços que advêm da terapêutica medicamentosa utilizada e seus possíveis efeitos colaterais.

“A gente recebe esses pacientes e em nenhum momento tivemos um médico e nenhuma reunião e nenhum contato sobre qual é a patologia que está sendo tratada e qual é o medicamento que está sendo feito e informações sobre questões do que seria esperado em relação aos efeitos colaterais, e aos primeiros socorros de atendimento.” (Médico 04)

“Isso aí, e se vai recalcular uma dosagem, ou se vai pedir algum exame antes da infusão, se vai se estender, ou se vai diminuir o tempo de infusão. Então, é resolvido ali naquela hora...” (Enfermeiro 01)

“E então, eu acho que isso é um no meu entendimento um desacerto...um paciente chega e a gente sequer sabe o que está acontecendo com esse paciente, a quanto tempo ele vem rodopiando pelas clínicas até chegar aqui, a gente não tem uma informação sobre o paciente e o colega Médico, em nenhum momento ele se presta a fazer uma reunião ou o encontro com os Médicos da infusão para trocar ideias sobre o que está sendo feito lá e que já estamos participando diretamente aqui sobre a proposta que está sendo feita no serviço. E então esse é um movimento que eu acho que na chegada do paciente acaba sendo ruim, e, para o desenvolvimento da coisa, então só eles sabem o que está acontecendo entendeu, e o paciente vem, o paciente desaparece, e ninguém sabe o que aconteceu com aquele paciente, porque não existe uma integração para dizer assim: ‘olha o paciente tal morreu’. Entendeu?” (Médico 04)

“Eu acho que falta para a gente ter um histórico do paciente” (Enfermeiro 02)

“A gente não sabe na verdade qual foi o motivo e em qual momento o Médico no seu atendimento e decidiu que esse paciente está na infusão, não temos essa noção do que ele faz, de qual foi o momento em que ele chegou e disse, “bom esse paciente vem sendo atendido aqui e em função disso, ele precisa de infusão, entendeu.” (Médico 04)

“Tem que ter algum critério para poder adiar a infusão, se vai pegar um paciente em atividade, vai adiar a infusão dele porque a agenda está apertada?” (Técnico de Enfermagem 01)

Assim, percebe-se que as falas enfatizam a necessidade de um profissional capacitado para atuar, com segurança, no atendimento ao paciente com DCNT durante a infusão da TB. Um profissional que esteja atualizado quanto às novas terapias e seus efeitos colaterais, que conheça a clínica do paciente e possa identificar os sinais e sintomas que se caracterizam por efeito colateral.

Recomenda-se uma incorporação das interações biológicas, paciente e profissional de saúde, rever a carga de trabalho e capacidade para o cuidado ao paciente com DCNT, a fim de reorganizar os cuidados de saúde e gerenciamento de doenças crônicas para otimizar os resultados de saúde (ONI et al., 2014).

A capacidade de reconhecer a necessidade de situações interdisciplinares se constitui em um grande desafio, visto que a interdisciplinaridade é um dos elementos ou um dos caminhos que possibilita aproximações de uma prática de Atenção Integral em Saúde.

A interdisciplinaridade é uma prática dinâmica e processual. Nem todos os momentos vividos em uma Unidade de Saúde são interdisciplinares, não se é interdisciplinar o tempo todo e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando é realizado dentro da especificidade do coletivo de pensamento. Por outro lado, sobre determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito no projeto comum de dois coletivos de pensamento e envolve, por exemplo, um médico e um enfermeiro. Às vezes, o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe (SAUPE et al., 2005).

Por toda complexidade tecnológica da TB, busca-se garantir maior segurança no processo de cuidar e melhores resultados com profissionais munidos da associação de conhecimentos provenientes das mais diversas vertentes e que permitem alcançar a qualidade no manuseio com as inovações. Nas falas abaixo, os profissionais da UTB, em especial os médicos, reconhecem sua limitação no manejo com a TB e deixam claro que é importante a

troca de informações e/ou acompanhamento médico especializado durante a infusão, seja no cuidado imediato do evento adverso, seja na decisão de retomada da infusão.

“Ter um residente lá para ver a dose sabe, e para olhar para o paciente e para voltar para o ambulatório do biológico e dizer, “não, esse paciente precisa de consulta adiantada”, e isso faria muita diferença, o cara atendia uma consulta na quarta e via o paciente da infusão na quinta, fora o vínculo que cria, ele vira referência, “esse mês é o fulaninho que está”, então, qualquer problema vai lá e procura o fulaninho.” (Enfermeiro 01)

“Eu também tenho o entendimento de que seria muito mais facilitador se tivesse no mínimo um residente para infusão, mas aí é um sonho de consumo. Mas, que os médicos tivessem um feedback e assim como nós eles tivessem da infusão.” (Médico 04)

“É complicado, então, por exemplo, essa questão de protocolo do atendimento e que seja um pré-protocolo, uma noção, uma linha...” (Técnico de Enfermagem 01)

“Assim, uma coisa que às vezes a gente não percebe, é que a gente não lida com todos os ambulatórios ao mesmo tempo. Mas cada ambulatório tem um jeito de realizar os procedimentos, agendamentos. Não é uma coisa padronizada que existe na Policlínica.” (Enfermeiro 01)

“Uma coisa que seria interessante a gente já pensar num feedback para especialidade da infusão, um relatório que a gente faça da infusão.” (Enfermeiro 02)

Desafiando a existência de tensões e conflitos no interior dos serviços de saúde, a gestão do conhecimento fundamenta-se na necessidade de que a construção de protocolos assistenciais e organizacionais funcione como núcleo de interesse entre gestores e profissionais da saúde, tornando-os parceiros no compartilhamento de ideias, sejam elas de estrutura, processos ou resultados (WERNECK, 2009).

Dessa forma, a criação de protocolos e fluxos bem estabelecidos e cumpridos são necessidades apontadas pelos profissionais como algo que devemos nos atentar para garantir um sistema de cuidados complexo, com novos significados e novas possibilidades de enfreteamento das práticas em saúde.

Ao abordar a organização do sistema de cuidados, estudos enfatizam as relações, atividades interligadas, trocas, retroalimentação, totalidade, centralidade, conflitos, liderança, entre outros, como elementos que nutrem o sistema em múltiplas dimensões, resultando em desorganizações, seguidas de reorganizações internas (ERDMANN et al., 2007).

Nas falas abaixo, identifica-se um grande desejo e dedicação da equipe da UTB para garantir a integralidade da assistência, mesmo com a falta de interação com a especialidade e de protocolos assistenciais criados.

“...e é o que eu falo, a Paulinha literalmente é a ponta do nosso serviço, se ela não está ali, se ela não está atenta a todo mundo que chega e a dificuldade que às vezes o paciente está da medicação e ela precisa ter esse contato com a clínica, ou, então liga para o laboratório...vê na clínica sobre a medicação para saber o que é que está acontecendo...” (Técnico de Enfermagem 01)

“Lá no início em 2013 quando a gente foi começar a incrementar o serviço de estrutura para o paciente e de tentar protocolos... começou a ver vários protocolos de medicação, porém o protocolo infelizmente nunca foi montado.” (Técnico de Enfermagem 01)

“E eu acho que um outro nó também é cada clínica tratar o paciente de uma maneira ...a gastro vê dessa forma e a reumato mensal e a pneumo nem sabe se o paciente está aqui ou não. E a alergia a médica vem aqui e olha um por um, toda vez que o paciente vem.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Gente, mas olha só, as coisas só fogem quando elas não são padronizadas, infelizmente, se a gente tivesse no primeiro mundo, nos Estados Unidos, não precisava de tanta padronização porque as coisas funcionam, mas aqui não é assim, ainda mais no recurso que não tem padronização de nada. Então é só padronizar.” (Médico 03)

“Eu acho que é importante aqui, a primeira infusão do doente, ter um protocolo da enfermagem e o Médico checar esses exames (não checados).” (Médico 03)

“Mas assim, dá para funcionar, assim, não é impossível de funcionar, entendeu? É o paciente só chegar aqui com tudo ok, só agendar quando tiver tudo ok.” (Enfermeiro 01)

“Teria que ter um checklist de chegada.” (Enfermeiro 01)

“Eu acho que por uma questão de segurança, por mais que não seja responsabilidade nossa checar tudo isso, é importante saber do paciente se ele teve realmente um atendimento que confirmou a presença de todos os exames necessários, porque às vezes, pode ser liberada uma receita para ele, em um acordo que o Médico fez, olha, eu estou aqui te dando para você marcar, para você adiantar, para você não perder vaga, porque você está em atividade e precisa fazer logo, mas se não tiver exame tal você não deve fazer. Ai o paciente vem e marca.” (Enfermeiro 01)

Os protocolos são demandados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos do seu dia a dia, mas essa não é a única situação que leva à criação desses protocolos. Eles podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SUS em cada local e a cada momento. Porém, é importante lembrar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e

procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações (WERNWCK, 2009).

Mesmo diante da limitação de protocolos assistenciais e organizacionais disponíveis para a gestão do cuidado em saúde na UTB, alguns profissionais tentam se organizar e criar um processo de trabalho com algum grau de sistematização para garantir o uso de instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito da ASS, como se presencia no serviço de reumatologia da PPC.

“...frequentemente aqui, não deixa passar nenhum exame alterado, a gente checa exames, de três em três meses a gente tem a nossa rotina, começa o biológico, testa exames quatro semanas depois, depois revê de novo na consulta, intercorrência infecciosa a gente orienta eles a virem para cá e se tiver relação com a terapia; então eu acho que ainda assim eu ainda considero excelente por causa dessas questões que eu falei.” (Médico 02)

“...tinha alguma pendência de algum exame, agendava para a enfermagem, até porque, para a enfermagem dar as orientações sobre o que era a medicação, isso mais já tinha no prontuário, exemplo, pendente, PPD, poxa, não precisa do Médico para olhar o PPD. Entendeu? E aí o que a gente, às vezes, sinalizava era, olha, PPD ok, trouxe PPD, então está bom, então vamos marcar, entendeu? Era importante porque não sobrecarregava ninguém...” (Enfermeiro 01)

As falas observadas apontam para uma interdisciplinaridade como estratégia de organização do processo de trabalho, construção de conhecimento e ação a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho.

O processo interdisciplinar aparece em estudos como resultado de um processo de amadurecimento no trabalho em equipe e que necessita de um espaço institucional que possibilite a construção de novas normas e formas de realização do trabalho, a exemplo das interconsultas, que na experiência analisada constituiu-se em espaços de clínica em equipe (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Além disso, a Estratégia Global e Plano de Ação da OMS para a Prevenção e o Controle de DCNT é fortalecer a ação intersetorial em todas as etapas da formulação e implementação de políticas para abordar os principais determinantes da carga de doenças crônicas que estão fora do setor da saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015)

“Na verdade, o que a gente precisaria que fosse feito para melhorar a qualidade dos pacientes que estão aqui? Antes da infusão esses pacientes fossem vistos pelos enfermeiros, e aí minimamente seja visto aquilo que são indicadores de alguma

alteração no quadro. checar exames e uma clínica do paciente alterada. Então que eles pelo menos tenham mapeado esses indicadores.” (Enfermeiro 01)

“A preocupação que a gente tem é assim, primeiro que a gente não tem essa informação de exame, de atividade de doença nem nada disso. A gente consegue ver pelos sintomas do paciente quando ele chega aqui, pelo que ele fala, mas a gente não tem prontuário, nenhum registro.” (Enfermeiro 01)

“Só que o ideal seria que a gente tenha um prontuário da infusão, criar ele mesmo. Que pelo menos exista algum relato de uma evolução até aqui.” (Enfermeiro 02)

“Seria perfeito. Assim, ter uma cópia daqueles prontuários para a gente acompanhar a evolução do paciente. Quando ele chega aqui e a gente vai atender, a gente conseguir ver como ele estava na última consulta, se ele chegou aqui fazendo, se relatou que estava com sangramento aquele dia, se melhorou. Para a gente conseguir fazer esse acompanhamento ali com o documento na mão. A gente ainda não conseguiu caminhar dessa maneira. Eu acho que esse impresso seria a cereja do bolo, porque a gente teria toda uma história.” (Técnico de Enfermagem 01)

“E as clínicas infelizmente, quer dizer, os colegas Médicos não se apresentam em nenhum momento aqui para trocar ideia com quem aqui está e então é uma desintegração total entendeu do que vemos, e, aliás, isso é uma coisa que a gente dizia muito na UERJ, entendeu.” (Médico 04)

“Eu acho que aqui a gente tem alguns diferenciais por (clínica) ...que aí mais uma vez reforça aquilo que a gente falou no último grupo, que era essa ligação Maior com a clínica aqui (UTB).” (Enfermeiro 01)

Assim, a interdisciplinaridade, a integralidade e os protocolos clínicos do cuidado devem sustentar as ações e o saber compartilhado dos vários profissionais em busca de um processo interativo e dinâmico do cuidar.

4.6 As fragilidades das Rede de Atenção à Saúde e questões socioeconômicas afetando o processo de trabalho na Unidade de Terapia Biológica

Esta categoria se refere às fragilidades encontradas hoje nas redes de atenção à saúde encontradas pelos pacientes e identificadas nos relatos dos profissionais, principalmente das especialidades, ao receber o paciente no serviço.

Verifica-se que a expansão da rede pública ocorreu entre as unidades que dão suporte aos programas de atenção básica, ampliando o acesso às consultas médicas e a redução das internações para um conjunto de doenças, mas persiste uma carência de profissionais. Entretanto, a despeito do avanço na cobertura, permanecem os desafios à continuidade do

SUS e à melhoria da qualidade do cuidado, particularmente no tocante ao financiamento público, oferta de serviços e na relação com o setor privado (VIACAVA et al., 2018).

O mesmo estudo aponta que o número de médicos aumentou de cerca de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017. O CNES registra que o número de enfermeiros foi de cerca de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017, enquanto que o de dentistas foi de 78 mil em 2007 para 127 mil em 10 anos (VIACAVA et al., 2018). Porém, é importante destacar a grande desigualdade regional quanto à disponibilidade desses profissionais, que englobam uma persistente desigualdade social, econômica e espacial, fazendo com que esse aumento de recursos humanos não contribua para garantia da qualidade do atendimento na RAS.

Na prática, percebe-se que é negativa a percepção sobre a garantia do acesso ao serviço prestado na APS. Os profissionais destacaram várias situações que depõem contra a assistência desenvolvida, como a escassez de profissionais médicos nas unidades, fechamento de algumas unidades, falta de regularidade no funcionamento de outras, falta de exames disponíveis e medicamentos. Tudo isso acaba acarretando um aumento na demanda do atendimento na ASS, como descrito nas falas abaixo:

“...todas as demandas de assistência de clínica geral... deveriam ser os médicos que acompanham regularmente os pacientes que são feitas aqui.” (Médico 01)

“E às vezes são encaminhados de outras unidades de saúde dizendo: já estar em tratamento, mas a unidade fechou. E você acaba recebendo com mais facilidade... porque não é qualquer unidade que faz o biológico.” (Médico 01)

“A qualidade fica restrita pelas questões sociais dos pacientes, que às vezes não conseguem vir às consultas ou fazer os exames, ou porque falta exame ou as clínicas das famílias não funcionam.” (Médico 02)

Constata-se nas falas acima que a disponibilidade de acesso aos serviços não é o único fator que impacta na gestão do cuidado ao paciente com DCNT. A dimensão societária também é um elemento que contribui diretamente sobre a vida deles, impedindo a sua movimentação entre os serviços de maneira a garantir o atendimento. Nos relatos, percebe-se que o paciente enfrenta uma barreira para chegar aos serviços de saúde, o que envolve questões sociais, econômicas e falta de recursos próprios para seu tratamento. Essa falta de recursos se justifica, uma vez que 76,25% dos pacientes em uso da TB têm uma renda de até 2 salários mínimos e 21,25% não possuem renda. Além disso, essa barreira se eleva quando se constata que 62,50% têm mais de 40 anos e que um total de 40% possui emprego regular ou de autônomo, ou seja, ainda estão economicamente ativos. O agravamento percebido por esse

dado se caracteriza pelo risco de uma descompensação ou possível reação adversa que pode ocorrer durante o tratamento, levando à necessidade de uma internação e consequente afastamento do trabalho.

“Restrito também pelas questões sociais mesmo, de violência, de pacientes que não conseguem sair de casa porque teve um tiroteio, aí falta à consulta, marca outro dia e sobrecarrega o outro dia.” (Médico 02)

“Eles recebem muitas medicações. Tem paciente que tem geladeira só para medicação.” (Enfermeiro 01)

“Isso é um ponto que eu não falei que eu acho também – é uma, às vezes a dificuldade; o meio social dele; o risco de infecção; área de tuberculose, risco maior, risco menor...” (Médico 02)

O contexto socioeconômico, o acesso aos bens culturais e de consumo, além de vários outros fatores, atravessam o objeto saúde / doença em sua relação com as condições de vida. Definem, portanto, um campo de ação no qual os sujeitos se movem e desenvolvem táticas e estratégias de enfrentamento para seus problemas de saúde (ACIOLI; LUZ, 2003).

Outro fator da dimensão societária que pode afetar a assistência ao paciente com DCNT em TB é a falta de oferta de medicamentos pelo Estado que pode ocorrer por redução de investimentos na saúde. Alguns relatos apresentaram que isso não acontece com muita frequência, mas que nos últimos dois anos passaram por essa dificuldade, em que houve redução na dispensação de alguns medicamentos, principalmente para doença inflamatória, o que levou à interrupção do tratamento e consequente descompensação clínica do paciente.

É importante destacar os desafios históricos na prestação dos serviços de saúde, as marcantes desigualdades regionais, o subfinanciamento e, mais recentemente, as transformações das condições de saúde da população, com implicações sobre a utilização dos serviços de saúde, além dos efeitos do congelamento por 20 anos dos gastos sociais a partir de 2016 (BRASIL, 2016).

A garantia e ampliação do acesso e da efetividade da atenção dependem da disponibilidade de recursos e, considerando o papel desempenhado pelo SUS na atenção à saúde, é determinante buscar a melhoria do financiamento (VIACAVA et al., 2018).

“A não ser que tenha uma crise de estado como teve no ano passado em que o medicamento não estava disponível na rede.” (Médico 02)

“...é meio contraditório você acreditar no SUS, e em uma gestão responsável por uma distribuição de verbas justas.” (Médico 04)

“A assistência também é limitada pela falta de exames; você precisa de uma ressonância, tomografia, de uma radiografia não consegue. Restrito também pela falta de ter um serviço de emergência onde a gente possa encaminhar as intercorrências e as emergências.” (Médico 01)

“...são todas essas barreiras de acesso que a gente convive, e, que às vezes não se tem relação com o nosso trabalho e muitas vezes a gente não pode nem intervir, e passa um pouco da nossa alçada, às vezes passa da nossa função e a gente se esforça, mas, não é nenhuma questão de função, é uma questão mesmo de rede.” (Enfermeiro 01)

“Os pacientes já estão tão acostumados de a clínica da família não funcionar – o posto de saúde – que eles já nem procuram e vem para cá.” (Médico 02)

“A gente faz função de cardiologista, de endocrinologista.” (Médico 01)

De acordo com o relato acima, muitas vezes, os especialistas precisam suprir demandas de outras especialidades na intenção de garantir melhores condições de saúde do paciente. No entanto, as ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença (MALTA et al., 2018).

Hoje, a falta de resolutividade da atenção primária é uma realidade enfrentada diariamente pelos usuários do SUS, podendo causar uma sobrecarga de alguns serviços e aumentar a procura na atenção secundária e terciária. Com isso, confirma-se a necessidade de fornecer, cada vez mais, ao paciente informações no que se refere aos serviços oferecidos pela RAS, podendo, assim, contribuir para minimizar as filas no atendimento no campo de atenção secundária e terciária e fortalecer a rede (SIQUEIRA et al., 2016).

“Existe um fluxo interno, mas não existe um fluxo externo.” (Enfermeiro 02)

“Complicadíssimo. Que a gente recebe pacientes aqui de Pádua, de Macaé, Rio das Ostras. Porque não tem esse tipo de atendimento em outros lugares...” (Enfermeiro 02)

A segurança do paciente com DCNT, em uso de TB, exige um serviço de referência no qual lhe seja garantido um tratamento de forma personalizada, com tecnologias de ponta e humanizada, na presença de uma equipe especializada com vasta experiência em medicamentos biológicos infusionais e suas eventuais intercorrências. Nos dias atuais, apesar

da ampliação de serviços para atender a essa demanda, ainda se percebe uma escassez quando se trata de serviço público. Muitas vezes, os pacientes precisam ficar internados na unidade hospitalar para garantir seu tratamento, porém isso acarreta um custo elevado para o SUS, uma vez que esse paciente pode ser atendido na ASS.

“...os pacientes internam e ficam cinco dias na internação para fazer a infusão, porque não tem um ambulatório para se fazer isso.” (Enfermeiro 02)

Assim, o controle da oferta e demanda acaba sendo muito mais um jogo de poder entre aquele que oferta a sua força de trabalho e aquele que a demanda. Também no campo da regulação, a ética profissional passa a ser um dos temas centrais nesse cenário de disputas e concorrências jurisdicionais (MACHADO e NETO, 2018).

4.7 O avanço tecnológico gerado pela terapia biológica e o manejo do paciente com a terapia biológica e dos profissionais com o paciente.

Na sexta categoria, apresentam-se e discutem-se os caminhos percorridos pelo Estado e profissionais de saúde para garantir um avanço no tratamento inovador e essencial da terapia biológica destinado aos pacientes com DCNT. E, ainda, assinalam-se as forças e fragilidades do manejo do paciente com a sua terapia são relacionados temas, como adesão do paciente ao tratamento, sentimentos de negação, falta de crédito na terapia, abandono de tratamento, transporte a guarda de medicamentos e conhecimento quanto à TB. Além disso, também se discute o manejo dos profissionais com os pacientes em TB, favorecendo sua adesão e monitoramento.

Iniciando pelo manejo do paciente com sua terapia, é importante destacar que a gestão do cuidado se revela na perspectiva de desenvolver e garantir a autonomia do paciente. Assim, a promoção da saúde, sob o olhar da bioética, envolve os princípios da responsabilidade e autonomia. Pacientes informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados) interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (CESTARI et al., 2016).

O conhecimento dos pacientes sobre sua terapêutica é uma ferramenta muito importante para qualidade do seu tratamento. Alguns estudos mostraram que a maioria dos pacientes com

DCNT, dentre elas a diabetes, apresentou deficit de conhecimento em relação ao medicamento em uso durante o tratamento da doença. Esse deficit pode agravar o estado de saúde da pessoa e, conseqüentemente, constituir em acréscimo significativo aos custos diretos e indiretos em saúde (FARIA et al., 2009).

Assim, entende-se que é preciso avançar na construção do processo de reorientação da atenção ao paciente, pois não basta oferecer os medicamentos, mas é preciso também avaliar sistematicamente a forma como vêm sendo utilizados pela população, bem como os resultados do enorme investimento que o Ministério da Saúde vem fazendo, considerando as políticas públicas adotadas em relação ao acesso aos medicamentos.

O papel que o enfermeiro desempenha no empoderamento do indivíduo para um cuidado promotor de saúde depende de uma negociação partilhada, na qual profissionais, pacientes e familiares devem compreender que o sucesso depende do diálogo entre as partes (CESTARI et al., 2016).

Um dos pontos de baixa adesão dos pacientes em Tb mais enfatizados pelos profissionais diz respeito ao acondicionamento e transporte da medicação de casa até a UTB. Para tal, eles elaboraram um *folder* com a intenção de reduzir os equívocos encontrados no transporte e acondicionamento dos medicamentos e assim garantir sua eficácia. No entanto, é preciso repensar a estratégia educativa utilizada, uma vez que estudos apontam que a comunicação informativa tem pouco impacto na mudança de conduta dos pacientes com DCNT.

“Tem paciente que não consegue entender que o armazenamento inadequado da medicação vai implicar na infusão, a caixa toda molhada, tudo.” (Técnico de Enfermagem 03)

“O cheiro de cebola, às vezes, você abre a caixa e o cheiro de cebola, aquela cebola que ficou solta.” (Técnico de Enfermagem 02)

“Acho que o folder é fundamental para isso. Agora a gente sabe como é que é. Todos nós conhecemos todas as formas de lidar com isso. Ah não pode, mas ele (daqui a pouco), ele vai chegar ali na porta, vai tirar da bolsa e vai fazer tudo direitinho.... Não vai mudar muito... A não ser que a gente tivesse um padrão único.” (Médico 04)

Ademais, o enfermeiro deve ser capaz de estimular a comunicação entre a equipe e o paciente e seus familiares, no intuito de promover a saúde e envolver todos no cuidado. O enfermeiro demonstra competência no domínio “relação com o paciente” quando cria um clima de confiança mútua e estabelece parcerias com os pacientes; transmite uma sensação de

estar presente com o paciente e proporciona conforto e apoio emocional, reflete esse processo e usa esse conhecimento para interação terapêutica adicional, como percebido nas falas abaixo.

“Aí há alguns meses ela ligou para cá dizendo que ela não ia mais fazer uso da medicação porque ela estava de alta, e que queria doar a medicação. Eu entrei em contato com as meninas da gastro, e ela chegou aqui muito mal. Foi uma paciente que chegou aqui para a gente péssima, foi transferida, internou, e de repente, agora está tudo bem. E aí como é esta alta? Ela ficou curada? Elas falaram: “não, ela realmente abandonou.” (Técnico de Enfermagem 01)

“ A terapia está desacreditada, então os pacientes já viram que a resposta não era o que eles esperavam, e então muitos pacientes já não estão mais fazendo, porque viram que não faz diferença em fazer a redução e aí os pacientes desanimam, os que continuaram já estão desanimados porque estão vendo que não é o que eles esperavam.” (Enfermeiro 01)

Determinado grau de depressão é quase inevitável e, muitas vezes, pode estar mascarado, por exemplo, por excessos de queixas. Esse estado psíquico se apresenta com desvalorização, incompletude, fatalidade, resignação e abandono de qualquer desejo. Os sinais clínicos da depressão podem ser confundidos com os do mecanismo de defesa da regressão; no entanto, uma regressão aceita pelo doente e por seu grupo social o protege da depressão. O doente consegue “dar um tempo a si mesmo” e confia aos outros (enfermeiro, médico, odontólogo, cuidadores, familiares) a tarefa de ajudá-lo a reparar seu estado atual (GONÇALVES; FIORE, 2011). Nas falas, destaca-se esse sentimento vivido pelos pacientes em TB, que vai desde a queixa excessiva ao abandono do tratamento por transtornos psíquicos.

“A reumato tem uma paciente queixosa ao extremo, não queixosa da doença em si, queixosa da vida. E às vezes lá não deve ter a oportunidade de observar isso, porque vai só para consulta e na uma hora em que ela fica aqui, é uma hora reclamando. Até para tirar, é uma hora reclamando.” (Enfermeiro 01)

“A gente teve uma paciente que abandonou o tratamento da gastro, recentemente, desde o ano passado, e ela começou com uma história de depressão, síndrome do pânico, e aí abandonou o tratamento.” (Enfermeiro 01)

A categoria também aborda o manejo dos profissionais com o processo de trabalho na gestão do cuidado em saúde e observa-se que a formação e a educação permanente de profissionais de saúde que assumem e que vão assumir a gestão de serviços estão desalinhadas das tendências. Os resultados mostram que os atuais gestores não estão preparados para exercer tal função, considerando as mudanças trazidas com o advento das parcerias público-privadas (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

Mudanças no ambiente externo às organizações de saúde poderão continuar afetando sua dinâmica em ritmo acelerado (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007), portanto as políticas, incluindo a de gestão de pessoas, deverão imprimir importantes direcionalidades na formação e no desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde para gerir os serviços integrados ao SUS. No tocante ao serviço de TB, a necessidade dessa formação contínua dos profissionais é algo presente nas falas.

“Vou falar de novo da questão da atualização que é a questão que a gente sempre bate na tecla desde que a gente chegou...as demandas mudaram das intercorrências. E então a gente tem a questão da atualização médica, da questão do manejo para atendimento de urgência e emergência, e então a intercorrência pode acontecer e a gente atua de forma mecânica hiper e mega defasado...e a gente não tem profissionais que sabem manejar.” (Médico 04)

“...alguma outra coisa que a gente possa se atualizar. Tem outras medicações que entraram faz tempo e que a gente não teve treinamento...” (Enfermeiro 02)

Além do conhecimento dos profissionais, é preciso pensar em práticas de saúde diferenciadas para garantir o bom manejo no atendimento dos pacientes com DCNT em uso de TB, sendo essencial promover a interdisciplinaridade na tentativa de compartilhar saberes de uma nova tecnologia do cuidado, sem perder de vista as dimensões objetivas do processo de trabalho e as relações técnicas e sociais que permeiam essa prática.

O uso dos imunobiológicos trouxe um ritmo acelerado e novas possibilidades terapêuticas para os pacientes com DCNT atendidos nos ambulatórios de gastroenterologia, reumatologia, alergia e pneumologia. No entanto, há que se atentar para possibilidade de efeitos adversos, sendo a segurança do paciente um eixo que norteia o processo de trabalho da equipe de saúde que cuida dos pacientes em terapia infusional.

Apesar dos estudos apontarem para uma baixa incidência de efeitos adversos (MOTA et al., 2015), as falas assinalam que o monitoramento do paciente durante a infusão, o

conhecimento sobre os mecanismos de ação, opinião do paciente sobre a terapêutica, sua adesão e grau de compreensão precisam ser ponderados.

Consensos estão sendo criados em cada área médica e vêm indicando a terapêutica para estabelecer critérios para início do tratamento, manutenção e sua interrupção, além dos cuidados em casos de reações adversas.

“Eu já vivi situação da paciente tomar a medicação há dois anos e fazer uma reação grave, mas na hora da infusão.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Então na reumato o que estava deu bastante jovens, dois anos de medicação, na hora da infusão, reação grave mesmo, parou tudo lá, e abre carrinho, assim, o bicho pegou mesmo.” (Enfermeiro 01)

“O que eu acho legal é que apesar de tudo...já faz tanto tempo, não existe tanto problema.” (Enfermeiro 03)

Outro ponto relevante nas falas tem relação com a dimensão sistêmica e organizacional, em que estudos dão ênfase às questões relacionadas à falta de materiais para instrumentalizar o cuidado. Evidenciou-se que os profissionais tinham consciência sobre a importância de um cuidado seguro para si e para seus pacientes (MOREIRA et al., 2017), como se pode perceber em destaque nas falas a seguir:

“Eu acho que também tem a questão e vale apenas bater na tecla do investimento de equipamentos, além de medicamentos que podíamos estar nos beneficiando para ter uma coisa mais matematicamente calculada... qualidade material versus complacência.” (Médico 04)

“A gente trabalha legal e uma equipe que é qualificada e uma equipe que está pronta, e a gente não pode fazer muita coisa porque com boa vontade e conhecimento não vai resolver nada, se não tiver estrutura.” (Médico 05)

“...a gente conseguir ter novos materiais para trabalho...ter uma bomba infusora para todos os pacientes...” (Enfermeiro 02)

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por essa etapa do tratamento, sendo ela o preparo, punção, administração e monitoramento do paciente durante a infusão da TB. E, com o treinamento eficaz e tecnologia adequada, são capazes de otimizar seu tempo e qualificar o seu processo de trabalho (MOREIRA et al., 2017).

“A gente teria um outro modelo que tivesse uma segurança maior na chegada desse paciente aqui, principalmente porque ele está muito tempo entre intervalo de consulta, de uma para outra (na gastro).” (Enfermeiro 01)

O monitoramento do enfermeiro, que atua na UTB, ultrapassa os muros da unidade e envolve uma preocupação com a integralidade do atendimento ao paciente. Assim, os profissionais sugeriram a criação de um prontuário do paciente na infusão, uma guia de referência e contrarreferência para uma melhor comunicação entre a especialidade e a UTB, o retorno do monitoramento telefônico, um *checklist* de documentos necessários para início de tratamento, além de melhor controle entre os intervalos de consulta na especialidade, em especial o serviço de gastroenterologia que vem apresentando um maior intervalo entre as consultas.

O desenvolvimento de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como subsídio às ações dos profissionais é um tema emergente para o SUS, em face das necessidades de interação dos profissionais para a coordenação do cuidado nas RAS (PIRES et al., 2015).

A monitorização dos pacientes deve ser feita com uma frequência mínima de 3 meses (SANTOS et al., 2007), porém esse intervalo deve ser adequado à realidade e necessidade de cada paciente. Diversas são as formas de se estabelecer o monitoramento, dentre eles: consultas médicas e de enfermagem periódicas com uma avaliação global da condição de saúde do paciente; exames para comprovar a melhora das condições de saúde e seu não agravamento, usando como referência o início da terapia; educação em saúde para o autocuidado do paciente; orientação sobre o armazenamento e transporte seguro do medicamento; monitoramento telefônico para identificar efeitos adversos recentes e tardios à infusão da terapia biológica e avaliar o conhecimento do paciente sobre sua terapêutica.

O sistema de monitoramento por meio de entrevistas telefônicas reúne características potenciais de simplicidade, baixo custo e rapidez. No Brasil, esse sistema vem sendo utilizado com sucesso em populações nas quais os serviços de telefonia alcançam a grande maioria das residências, situação que pode ser projetada para a maioria das cidades brasileiras em um prazo relativamente curto (MONTEIRO et al., 2005).

A organização do processo de trabalho na UTB estabeleceu que todos os pacientes pós-infusão deveriam receber uma ligação com 24h e 7 dias para identificar a presença de alguma reação adversa. No entanto, a sobrecarga de trabalho acabou interrompendo o monitoramento telefônico como estratégia de garantir o monitoramento do paciente mesmo após o término da infusão. Nas falas abaixo, os profissionais recomendam o retorno do

monitoramento, todavia sugerem novas estratégias de efetivação. Uma delas destaca não haver necessidade de realizar o monitoramento com 7 dias, pois existe um risco de os sinais serem confundidos com outras condições clínicas não relacionadas à infusão.

“E o contato telefônico, que acho que o ruído maior é a inexistência dele no momento.” (Enfermeiro 02)

“Esse contato telefônico ele é importante.” (Técnico de Enfermagem 01)

“Na verdade, assim, eu acho que tem um ruído maior que esse pedaço (monitoramento) do fluxo que a gente desenhou ele não vem acontecendo.” (Técnico de Enfermagem 02)

“Acho que por aí que perdeu esse ato de ligar, porque a maioria não faz, aí acho que acabou se perdendo por isso.” (Enfermeiro 01)

“Então acho que assim, 24 horas é legal, porque a chance de ter essa reação de infusão.” (Médico 03)

“Se ele teve reação a pergunta é, se teve atendimento médico, se não teve, anota qual foi o efeito só de adverso, com o próprio paciente teve, que às vezes, ele mesmo estava tendo. E orientar, para relatar na consulta.” (Médico 03)

“Eu acho que não cabe mais a gente ligar para todos os pacientes do jeito que a gente tinha proposto de fazer, mesmo porque muitos já estão há muito tempo aqui com a gente, e aí a ligação acaba se tornando, “está tudo bem, está tudo certo, não tenho nenhum problema”. Já dispensam. Então talvez que a gente focasse mais naqueles pacientes que estão iniciando a terapia, os que faltam, os que a gente percebe que têm dificuldade de adesão à terapia.” (Enfermeiro 02)

O mesmo estudo mostrou que o sistema de monitoramento de fatores de risco para DCNT a partir de entrevistas telefônicas pode alcançar bom desempenho em áreas urbanas brasileiras, seja quanto a aspectos relacionados à representatividade da amostra de indivíduos estudados, seja quanto ao custo e agilidade do sistema (MONTEIRO et al., 2005).

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, evidenciou-se que, com base nas falas dos profissionais de saúde quanto ao seu processo de trabalho na unidade de terapia biológica, é possível estruturar um modelo de assistência baseado nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Para tanto, esta pesquisa buscou desenvolver e propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária.

Com a presente pesquisa foi possível perceber e evidenciar que se constitui um desafio lidar com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e os cuidados continuados que muitas vezes elas implicam, afetando os serviços de saúde de maneira significativa.

Os resultados apontaram algumas necessidades mais urgentes de melhorias, como a criação de um fluxo de entrada do paciente na UTB, elaboração de uma guia de referência e contrarreferência entre especialidade e UTB, criação de um prontuário do paciente na infusão, aumento de investimentos em equipamentos que garantam a segurança na terapia intravenosa, ampliação da rotina de capacitação dos profissionais, retorno imediato e reorganização do fluxo de monitoramento telefônico, atentar para a garantia do intervalo mínimo de acompanhamento na especialidade, pensar novas estratégias educativas para melhorar o manejo dos pacientes com o condicionamento e transporte da medicação.

Ao abordar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, o estudo evidenciou que a dimensão pessoal da gestão do cuidado, que trata do cuidar de si, autonomia e do poder de escolha na percepção dos profissionais, foi pouco abordada. Nos relatos, encontrou-se uma descrição que aponta para fragilidades, como a dificuldade dos pacientes em manejar com o condicionamento e transporte dos medicamentos, a falta de conhecimento sobre a TB e suas possíveis intercorrências, além do abandono do tratamento causado por situações de depressão e descrédito no tratamento.

Nesse sentido, é importante que a equipe de saúde que atua no atendimento dos pacientes em uso de TB elabore um plano de ação mais efetivo e coletivo com objetivos e metas muito bem definidos e que atendam às reais necessidades dos pacientes, e não à conveniência do serviço. É preciso desenvolver a autonomia e o automanejo dos pacientes com DCNT com sua medicação e possíveis reações adversas no domicílio, além do controle dietético e conhecimento sobre a doença e tratamento, a fim de evitar uma evolução negativa do seu quadro de saúde e exercer seu direito de escolha com mais segurança.

Outro ponto evidenciado nos resultados foi a inexistência de um trabalho ou abordagem, por parte da equipe da TB e da especialidade, que atinja a gestão do cuidado na dimensão familiar. Os dados apresentam que a maioria dos pacientes é casada ou tem um companheiro e, em se tratando de uma DCNT, as diretrizes nos alertam sobre a necessidade do cuidado familiar como um agregador e coparticipante do processo de cuidar.

Em diversos estudos, sobre a participação da família, parceiros ou cuidadores no cuidado ao paciente crônico, percebe-se que muitos sentem-se despreparados para o cuidar, sem condições emocionais e com precário conhecimento sobre a doença e tratamento. No entanto, ao se aproximar do tema, pode-se constatar que ainda existe uma escassez de estudos de intervenção que abordem o impacto da participação da família no cuidado ao paciente crônico, principalmente na atenção secundária.

Por seguinte, os resultados deste trabalho sugerem que a equipe estabeleça uma aproximação com os familiares e cuidadores dos pacientes em TB, oferecendo apoio, desmistificando mitos da doença e seu tratamento, orientando o cuidado em monitoramento em domicílio, assim como o manejo com o acondicionamento e transporte da medicação e com as possíveis intercorrências que possam ocorrer no domicílio.

É preciso se criar uma linha de cuidado que atinja os familiares e acompanhantes dos pacientes em terapia biológica. A inserção dos familiares é de extrema importância para ampliar o vínculo e permitir um melhor monitoramento de possíveis intercorrências no domicílio.

Na dimensão profissional, o estudo agrega a necessidade de se estabelecer um maior vínculo dos pacientes com a especialidade e garantir um acompanhamento mais contínuo do cuidado. O preparo técnico e constantes capacitações também são bem enfatizados pelos profissionais, que atuam na unidade de terapia biológica, como algo que fragiliza sua assistência.

Os relatos e outros estudos permitem que seja percebido que a demanda excessiva de trabalho que atinge a atenção secundária não é um privilégio só desse campo de atuação, a atenção básica apesar de ter recebido ao longo dos últimos anos um grande investimento de recursos humanos seu quantitativo não está alinhado às atuais demandas. Esse fato acaba aumentando a fila de espera por atendimentos de baixa complexidade, levando ao aparecimento de outras comorbidades e agudização do quadro de doença ocasionando um aumento de demandas na atenção secundária.

É importante que exista uma articulação nas UBS, tidas como coordenadoras do cuidado, de antecipação às mudanças que estão ocorrendo no ambiente externo, desde o

desenvolvimento de políticas de gestão geral, gestão das condições de saúde, gestão educacional, gestão de serviços de apoio, gestão de regulação e gestão de pessoas.

Se por um lado é possível se orgulhar do gigantismo da UTB em termos de capacidade instalada no período de 3 anos, com mais de 100 pacientes em terapia biológica, com somente uma reação adversa grave ao longo desses anos, por outro, é fato também que esse setor se mantém crescendo e gerando novas demandas de trabalho. Contudo, há problemas estruturais graves que ainda persistem, especialmente na gestão do cuidado, que colocam em risco a segurança do uso de uma terapia intravenosa, tais como a falta de insumos, de equipamentos adequados (bomba infusora), falta de integração entre os serviços de especialidade e a UTB, o desequilíbrio entre oferta e demanda de atendimento na especialidade, bem como a falta de capacitação da mão de obra que atua diretamente com a terapia biológica. Essa precariedade do trabalho é uma situação que atinge significativamente o contingente da saúde.

A assistência ao paciente em TB exige uma grande diversidade terapêutica que vai desde os cuidados com a segurança da terapia, do conhecimento com novas tecnologias medicamentosas, das reações adversas que por ventura possam ter, à melhora da qualidade de vida desses pacientes. Toda essa diversidade define a tecnologia do cuidado.

Como o tratamento leva a um enredamento que se justifica pela complexidade da terapia de infusão e das reações adversas acaba acarretando uma imprevisibilidade das situações, em que conhecer e dominar esse universo com estratégias de capacitação, entre outras coisas, é essencial para garantir a gestão do cuidado.

O estabelecimento de indicadores do processo de trabalho é uma excelente ferramenta para os gestores do cuidado, pois permite uma comparação dos cenários, serviços e instituições que subsidiam a tomada de decisão e avaliação dos espaços. Os estudos deixam claro que o domínio dos conhecimentos sobre gestão, assim como de ferramentas que contribuem para a sua realização eficiente e eficaz, contribui para a qualidade dos serviços prestados à população em qualquer nível de atenção à saúde.

Assim, os gestores agregam mais um desafio ao seu processo de trabalho, sendo necessário desenvolver novas competências alinhadas as mudanças que ocorrem no macro e microcenário de atendimento.

Ao mesmo tempo, é importante que gestores e profissionais pensem em formas de intervir que associem as questões econômicas com as inovações tecnológicas e da dinâmica social, uma vez que o poder de compra e as políticas estatais são forças que impactam na produção e na inovação em saúde.

Por conseguinte, não se pode deixar de levar em consideração que, do ponto de vista econômico, a falta de uma boa gestão do processo de trabalho na atenção secundária pode levar ao aumento de custos para o setor da saúde, visto que acaba acarretando um manejo inadequado no cuidado à DCNT. Essa falha no manejo põe em risco a condição de saúde dos pacientes que acabam por agravar seu quadro, podendo gerar internações hospitalares com maior desperdício de recursos.

Como além de enfermeira agrego a docência ao meu fazer, não posso deixar de enfatizar a necessidade de rever a formação acadêmica, não só quanto aos conteúdos, mas também a mudanças de postura e de novas estratégias de desenvolvimento desses futuros profissionais. Ainda hoje se encontra uma formação centrada na doença e na manutenção do paradigma hegemônico da cura, em detrimento às práticas comunitárias.

Tudo isso acaba dificultando a compreensão, o planejamento e a organização do processo de trabalho e a efetivação de projetos terapêuticos mais integrados e com uma perspectiva de interdisciplinaridade.

Isso ainda é um desafio do SUS que deve garantir as diretrizes estabelecidas nas últimas décadas pelas políticas de Gestão da Educação na Saúde quanto à formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, é preciso construir um processo educacional nas formações acadêmicas e na educação permanente dos trabalhadores que permita uma postura mais eficiente e efetiva na realização do trabalho, que favoreça o cuidado ao paciente portador de DCNT pautado nas múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, incluindo o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

O estudo deixa um questionamento que desencadeia uma reflexão para todos os profissionais da RAS: Por que depois de tantos estudos na APS, enfatizando a importância do uso da interdisciplinaridade, ainda perduram dificuldades para o seu desenvolvimento? Que fatores impedem os profissionais de aplicar esse conceito?

Acredita-se que não exista um motivo único, e sim uma série de fatores independentes e interligados que acabam impedindo esse avanço. Existem estudos que justificam que no convívio interdisciplinar existe uma exposição maior de suas limitações e potencialidades, podendo esse convívio, ainda, ser revelador dos conflitos e das relações de poder latentes nas equipes (COSTA, 2007). Porém, sabe-se que as arrogâncias pessoais, a necessidade de exercer poder e a centralização do cuidado por parte dos profissionais também são fatores que podem atrapalhar, além da dificuldade de muitos profissionais em definir interdisciplinaridade.

É de extrema importância que os serviços de saúde pensem a gestão e criem projetos unindo os profissionais envolvidos com esse cuidado, dentro das reais necessidades da população que busca atendimento, atendendo-os de forma a gerar autonomia de escolha, automanejo com sua condição de doença e garantia dos princípios da equidade e integralidade.

O estudo de Costa (2007) afirma que a construção de novos projetos não pode vir de esforços solitários dos profissionais, devendo ser alicerçada pelo apoio institucional, que deve possibilitar espaço de autonomia e de criatividade aos profissionais e alavancar os processos de qualificação e formação de equipes no interior dos serviços. Para isso, é necessário romper com a prática histórica de apoio ao corporativismo e inovar as práticas de gestão. O trabalho multiprofissional pode ser realizado, como é visível em alguns momentos de seu estudo, porém surge de forma esfacelada, fragmentada. O trabalho em equipe implica trabalho coletivo, no qual cada profissional coloca seus conhecimentos, seus sentimentos e suas expectativas em função de um objetivo compartilhado.

Esse achado vem de encontro ao que este estudo percebeu através das falas, nas quais ficou clara a fragmentação existente entre o serviço de terapia biológica e a maioria dos serviços de especialidade, colocando em risco a qualidade da gestão do cuidado. Em contrapartida, constatou-se que apesar dessa fragmentação dificuldades organizacionais, sistêmicas e societárias enfrentadas pelas equipes que atuam na UTB existe uma grande disponibilidade e abertura por parte dos profissionais para melhora do processo de trabalho na terapia biológica na atenção secundária com propostas firmes de se discutir com a gestão geral da policlínica e os envolvidos no processo de cuidado do paciente com DCNT atendido na UTB, novas formas e possibilidades de atuar de maneira coletiva, com base nas suas vivências teórico-práticas voltadas para realidade da população atendida na UTB.

Sugere-se para gestão do cuidado na atenção secundária, para os gestores e profissionais de saúde, a busca por maior integração, cooperação e responsabilidade no cuidado; motivação no desempenho de ações; atitudes e insumos que garantam a segurança na terapia intravenosa; implantação dos novos fluxos de trabalho; identificações de indicadores do processo de trabalho; garantia da satisfação da atenção recebida; e busca pela interdisciplinaridade, reforçando a ideia de se pensar a gestão em toda sua complexidade.

Limitações do Estudo

Como limitação do estudo, destaca-se o deficit de pessoal, insumos e medicamentos que afetou o fluxo do trabalho na unidade de terapia biológica durante o período de 6 meses

da greve do Estado. Outro fator limitador do estudo foi o uso de amostra não probabilística, portanto não se pode generalizar resultados com precisão estatística.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo sobre a construção de um modelo de gestão do cuidado para o paciente com DCNT em TB, no campo da atenção secundária promoveu a base para um raciocínio crítico e reflexivo, contribuindo para o ensino, a prática e pesquisa sobre a gestão do processo de trabalho, pautado nas múltiplas dimensões do cuidado em saúde, e a sétima dimensão apresentada pelo estudo, Interdisciplinaridade. A inclusão de condutas baseadas em evidências pode aumentar a adequação e a eficiência dos sistemas de saúde e propiciar um meio para melhorar a qualidade da atenção a diversas DCNT no campo da atenção secundária.

Para a Enfermagem, o uso de ações de segurança do paciente e a identificação de indicadores do processo de trabalho juntos permitem uma melhor garantia da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conseqüentemente favorecem a qualidade da assistência ao paciente com DCNT no campo da atenção secundária.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para saúde, a doença e o cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 11, p. 153-158, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a05.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2018

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

AGÜERO, S. E.; KLIJN, T. P. Enfermería e nel rol de gestora de los cuidados. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 16, n. 3, p.33-39, dez. 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n3/art_05.pdf>. Acesso em: 1 set. 2017.

ALMEIDA, K. B. B.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Cuidado familiar na experiência do adoecimento crônico de um jovem. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 724-732, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/958>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de unidades básicas de saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 41, n. spe, p. 835-840, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-63, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/20.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

AUGUSTO, R. D. B. **Influência do gênero no desenvolvimento de doenças autoimunes**. 2013. 34 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto Morada, Porto, 2013.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/06.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Congresso Nacional. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 dez. 2016. p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 7 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 8 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 23 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_crônicas.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centro_referencia_imunobiologicos.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2018.

BRAZ, C. K. R. **Associação entre padrões comportamentais compostos por fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis e a autoavaliação positiva da saúde na população adulta das capitais dos estados e Distrito Federal**. 2017. 84 f.

Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AM7R4F/disserta__o_cynara_braz.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 out. 2017.

BURSTROM, B.; FREDLUND, P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 55, n. 11, p. 836-840, nov. 2001. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763304/>>. Acesso em: 8 jul. 2018.

CAMPOS, C. J. G. O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (Botucatu), 18 Supl 1:983-95, 2014.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt.> Acesso em: 20 ago. 2018.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Permanent professional education in healthcare services. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160317, 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p.252-264, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CARVALHO, A. T. P. Terapia biológica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 33-40, 2012. Disponível em:

<http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=352>. Acesso em: 31 jan. 2018.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jun. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu), Botucatu**, v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

CESTARI, V. R. F. et al. Nursing competencies in promoting the health of individuals with chronic diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1129-1137, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1195.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw- Hill, 1987. v. 1.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

COLLET, N.; CESARINO, C. B.; SANTOS, I. F. Método funcional na administração em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 3, p. 258-264, set. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v47n3/v47n3a06.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

DAVID, H. M. S. L. et. al. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/02.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

DOWD, J. B.; ZAJACOVA, A. Does self-rated health mean the same thing across socioeconomic groups? Evidence from biomarker data. **Annals of Epidemiology**, v. 20, n. 10, p.743-749, out. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845753/>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, suppl. 1, p. 126-134, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131-139, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 11 out. 2017.

FARIA, H. T. G. et. al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 612-617, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/03.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

FASSARELLA, C. S. **Avaliação da cultura de segurança do paciente em ambiente hospitalar**: estudo comparativo em hospital universitário e público do Rio de Janeiro e do Porto. 2016. 236 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/TESE_FINAL_CINTIA_SILVA_FASSARELLA_UP.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2017.

FERNANDES, R. M.; MIGUIR, E. L. B.; DONOSO, T. V. Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p.385-392, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n4/a01v30n4.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2017.

FERREIRA, M.; LOGUECIO, R. Q. A análise de conteúdo como estratégia de pesquisa interpretativa em educação em ciências. **Revelli – Revista de Educação, Linguagem e Literatura**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 33-49, out. 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142567/000994515.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 maio 2018.

FEUERWERKE, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação- Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 240 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco_TulioBatista_D.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2018.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do complexo econômico-industrial da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1891.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. São Paulo: UNIFESP/UNASUS, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2018.

GONZALES, R. I. C. et al. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.227-231, mar. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

GUNASEKARA, F. I.; CARTER, K.; BLAKELY, T. Comparing self-rated health and self-assessed change in health in a longitudinal survey: which is more valid? **Social Science & Medicine**, v. 74, n. 7, p.1117-1124, abr. 2012.

JUNG, B. C. et al. A invisibilidade da tuberculose na vida de pessoas: experiências de busca por serviços de saúde. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 3, p. 423-435, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7515/6920>>. Acesso em: 6 maio 2018.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 7 jul. 2018.

LIMA, M. G. R. et al. Ações educativas na práxis do cuidado em doenças cardiovasculares: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 449-455, ago. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2944/3773>>. Acesso em: 5 ago. 2018.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

LUZ, M. H. B. A. et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um Hospital Público de Teresina- PI. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p.140-146, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1971.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, jan. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a política nacional de promoção da saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1799.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_sauade.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MESQUITA, M.G. et al. Gerência do cuidado de enfermagem ao homem com câncer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2949-2960, set. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750947022/>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47-57, jan. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/07.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 64, n. 2, p. 348-354, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a20v64n2.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2018.

MOREIRA, A. P. A. et al. Uso de tecnologia na terapia intravenosa: contribuições para uma prática mais segura. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 70, n. 3, p. 595-601, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0595.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. Califórnia: Sage, 1997.

MORONI, L.; BIANCHI, I.; LLEO, A. Geoepidemiology, gender and autoimmune disease. **Autoimmunity Reviews**, Estados Unidos da América, v. 11, n. 6-7, p. 386-392, maio 2012.

MORORÓ, D. D. S. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p.323-332, maio 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MOTA, L. M. H. et al. Segurança do uso de terapias biológicas para o tratamento de artrite reumatoide e espondiloartrites. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 3, p. 281-309, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n3/0482-5004-rbr-55-03-0281.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 19. ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? **Ciencias de laSalud**, Bogotá, v. 4, n. 1, p. 5-9, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v4n1/v4n1a1.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

OLIVEIRA, R. C. et. al. A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 149-171.

ONI, T. et al. Chronic diseases and multi-morbidity - a conceptual modification to the WHO ICCM model for countries in health transition. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 575, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071801/>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde: declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington: OPAS, 2015. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18640/9789275717387_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción para laprevención y el control de las enfermedades no transmisibles em las Américas 2013–2019**. Washington: OPS, 2014. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

PAIVA, S. M. A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1323-1333, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/13.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PEREIRA, C. M. O.; ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 3, p. 311-315, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a11v57n3.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2677, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 53, p. 251-263, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.311-326, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/06.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

PIRES, M. R. G. M. et al. Sistema de informação para a gestão do cuidado na rede de atenção domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p. 1805-1814, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1805.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

PORTER, M. E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. **The NewEngland Journal of Medicine**, v. 361, n. 2, p. 109-112, jul. 2009. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp0904131?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 24 jan. 2018.

RAUPP, L. M. et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00615.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, mar. 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/488/303>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

ROSS, M. W.; ROSSER, B. R. S. Education and AIDS risk: a review. **Health Education Research**, v. 4, p. 273-284, 1989.

SANTOS, F. P. A. et al. Nurse care practices in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1060-1067, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1124.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2017.

SANTOS, M. J. et al. Consensos para início e manutenção de terapêutica biológica na artrite idiopática juvenil. **Acta Reumatológica Portuguesa**, Lisboa, v. 32, p. 43-47, 2007. Disponível em: <http://www.spreumatologia.pt/files/guideline/5_consensos_para_in_cio_e_manuten_o_de_teraputica_biol_gica_n_file.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2017.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 350-359, set. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

SENNA, M. H. et al. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p.196-205, jun. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11546/1/2014_art_mhsenna.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SHOJI, S. et al. Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 303-309, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0303.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

SILVA, A. A. et al. A utilização da matriz swot como ferramenta estratégica: um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. 8., 2011, Resende. **Anais...** Resende: Associação Educacional Dom Bosco, 2011. Disponível em: <<http://eng.aedb.br/seget/artigos11/26714255.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

SILVEIRA, E. A. et al. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 235-245, fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/26.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

SIQUEIRA, P. G. et al. Percepção de usuários hospitalizados sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa maria, v. 4, n. 6, p. 471-481, dez. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22355/pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

SOUSA, L. D.; LUNARDI FILHO, W. D.; THOFEHRN, M. B. Visibilidade do trabalho do enfermeiro no contexto do modelo clínico de assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 407-412, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6100/13786>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

SOUZA, M. B. et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 3, n. 33, p. 190-195, 2013. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/190-195/pt>>. Acesso em: 4 maio 2018.

SOUZA, M. H. L. P. et al. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática e análise das suas características clínicas em um hospital universitário do sudeste do Brasil. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 98-105, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ag/v39n2/a06v39n2.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SOUZA, M. M; BELASCO, A. G. S.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Portadores de Doença Inflamatória Intestinal do Estado de Mato Grosso. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, Mato Grosso, v. 28, n. 3, p. 324-328, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n3/a09v28n3.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

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

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.73-81, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6088.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

THEODORSON, G. A.; THEODORSON, A. G. **A modern dictionary of sociology**. London: Methuen, 1970.

THOFEHRN, M. B. et al. Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 141-146, jan. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35972/22180>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

TONINI, A. C.; SPÍNOLA, M. M.; LAURINDO, F. J. B. A análise swot: uma nova perspectiva para a aplicação do seis sigma no desenvolvimento de software. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 27., 2007, Foz do Iguaçu. **Anais...**, Rio de Janeiro: ABEPRO, 2007. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2007_tr640475_9247.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2018.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N. A. Demanding respect for the subjectivity of public health system clients: towards humanization of health care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/22.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2017.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de qualidade de enfermagem: Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 300-305, jun. 2006. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/35/indicadores_qualidade.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

VANDRESEN, L. et al. Classificação de pacientes e dimensionamento de profissionais de enfermagem: contribuições de uma tecnologia de gestão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0107, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v39/1983-1447-rngen-39-e2017-0107.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v7n1/16930.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a17v14n4.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/19.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3930/3117>>. Acesso em: 11 maio 2018.

WAIBEL, S. et al. Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 257, abr. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC29631622/>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

WALKER, L. O., AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5. ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 2 out. 2017.

APÊNDICE A - Perguntas condutoras do grupo focal

1º MOMENTO:

- 1) Como você avalia hoje o acesso do paciente com doença crônica ao tratamento à Unidade de Terapia Biológica? Existe um fluxo pré-estabelecido para acesso ao tratamento? Como ele é estabelecido?
- 2) Quais são as não conformidades que vocês identificam hoje no processo de trabalho durante a assistência aos pacientes com doença crônica na Unidade de Terapia Biológica?
- 3) Descreva como você percebe a qualidade da assistência prestada no atendimento ao paciente com doença crônica na unidade de terapia biológica?
- 4) Quais os principais desafios e dificuldades encontradas pela equipe para prestar uma assistência de qualidade?
- 5) Quais as suas perspectivas futuras do processo de trabalho na assistência ao paciente doença crônica não transmissível em Terapia Biológica?
- 6) Apresente sugestões para aprimoramento da assistência ao paciente doença crônica não transmissível em Terapia Biológica.

2º MOMENTO:

- 1) Vocês conhecem o fluxograma de atendimento ao paciente com doença crônica não transmissível na Unidade de terapia Biológica?
- 2) Como ele funciona?
- 3) Vocês identificam algum ruído no processo de trabalho da equipe apresentado nesse fluxograma? Quais são eles?
- 4) O que podemos fazer para eliminar/ minimizar esses ruídos?

3º MOMENTO:

Criar um fluxograma dos fluxos e processos de trabalho que será utilizado pela equipe como ferramenta de reflexão, identificando os ruídos que podem ser trabalhados com a equipe.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Nome: _____

Prontuário: _____

1. Origem:	<input type="checkbox"/> Pneumologia <input type="checkbox"/> Gastroenterologia <input type="checkbox"/> Reumatologia <input type="checkbox"/> Alergia
2. Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
3. Idade:	<input type="checkbox"/> De 15 a 20 anos <input type="checkbox"/> 21 a 30 anos <input type="checkbox"/> 31 a 40 anos <input type="checkbox"/> 41 a 50 anos <input type="checkbox"/> 51 a 60 anos <input type="checkbox"/> 61 a 70 anos <input type="checkbox"/> Mais de 71 anos
4. Peso:	<input type="checkbox"/> Menos de 50kg <input type="checkbox"/> 51 a 60kg <input type="checkbox"/> 61 a 70kg <input type="checkbox"/> 71 a 80kg <input type="checkbox"/> 81 a 90kg <input type="checkbox"/> Acima de 91kg
5. Nacionalidade:	<input type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro <input type="checkbox"/> Naturalizado
6. Raça:	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
7. Situação Conjugal:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/Convívio com parceiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo
8. Grau de Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Nenhum
9. Situação Profissional:	<input type="checkbox"/> Patrão <input type="checkbox"/> Trabalhador com carteira assinada <input type="checkbox"/> Trabalhador sem carteira assinada <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista <input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Outra
10. Com que idade começou a trabalhar:	<input type="checkbox"/> Antes de 14 anos <input type="checkbox"/> Entre 14 e 18 anos <input type="checkbox"/> Após 18 anos <input type="checkbox"/> Nunca trabalhei
11. Profissão:	_____
12. Reside com:	<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros
13. Possui filhos:	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? ____ <input type="checkbox"/> Não
14. Possui referência familiar:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. Sua principal fonte de renda:	<input type="checkbox"/> Emprego regular <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Pensões <input type="checkbox"/> Mesada <input type="checkbox"/> Não tenho renda
16. É a renda principal na família?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17. Contribui financeiramente na renda familiar:	<input type="checkbox"/> Sim, permanentemente <input type="checkbox"/> Sim, eventualmente <input type="checkbox"/> Não
18. Renda Familiar:	<input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 5 a 10 salários mínimos

	<input type="checkbox"/> De 10 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> Acima de 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> Não sei
19. Quantas pessoas vivem da renda mensal citada:	<input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Seis <input type="checkbox"/> Mais de seis
20. Situação do seu domicílio:	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Outros (Imóvel cedido ou ocupado) <input type="checkbox"/> Não sei
21. Tipo de domicílio:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Quitinete <input type="checkbox"/> Cômodo <input type="checkbox"/> Hotel/República <input type="checkbox"/> Outros
22. Domicílio com energia elétrica:	<input type="checkbox"/> Sim, de boa qualidade <input type="checkbox"/> Sim, de má qualidade <input type="checkbox"/> Não
23. Início do tratamento imunobiológico:	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 a 11 meses <input type="checkbox"/> De 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos
24. Médico solicitante:	Nome: _____
25. Como é feito o armazenamento da medicação:	<input type="checkbox"/> Geladeira: na porta <input type="checkbox"/> Geladeira: na prateleira <input type="checkbox"/> Geladeira: na gaveta de verduras <input type="checkbox"/> Freezer <input type="checkbox"/> Armário <input type="checkbox"/> Outros. Aonde? _____
26. Usa bolsa térmica da medicação para alimentação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27. Possui plano de saúde privado:	<input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
28. É acompanhado por outra instituição de saúde:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29. Precisa de outros tipos de assistência médica (mês):	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Quatro <input type="checkbox"/> Cinco <input type="checkbox"/> Acima de seis
30. Em caso de urgência/emergência procura:	<input type="checkbox"/> Posto de saúde/CMS <input type="checkbox"/> Clínica da Família <input type="checkbox"/> Policlínicas <input type="checkbox"/> Hospitais
31. Tem facilidade para vir à PPC:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
32. Possui quantos veículos (carro ou moto):	<input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Mais de dois <input type="checkbox"/> Nenhum
33. É funcionário da PPC:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34. Algum familiar ou amigo é funcionário da PPC:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Paciente)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que tem como título **GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE CENTRADA NO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NO CAMPO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA**, executada pela autora Alessandra Sant’Anna Nunes. Esta pesquisa tem a finalidade de propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com doença crônica não transmissível- DCNT. Você foi selecionado(a) para participar do estudo, porém sua participação não é obrigatória, não trará nenhum risco para você e não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação acontecerá com a aplicação de um questionário, durante o tratamento, que caracterizará o perfil dos pacientes com DCNT atendidos na unidade de terapia biológica. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, ou seja, você continuará realizando seu tratamento medicamentoso mesmo que se recuse a participar. As informações fornecidas por você contribuirão para um maior esclarecimento da gestão do cuidado em saúde na atenção secundária aplicada ao paciente com DCNT, em uso de terapia biológica. As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do estudo, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Pesquisador responsável: Alessandra Sant’Anna Nunes

<p>Alessandra Sant’Anna Nunes Rua Adalberto Aranha, 57/101. Andaraí. CEP: 20540-140 - Rio de Janeiro RJ Tel. (21)3238-1725 (21) 98845-1016</p>	<p>Comitê de Ética da UERJ Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018 CEP.: 20.559-900 Tel (21)2334-2180 e Fax – (21)2334-2180 Email: etica@uerj.br</p>
--	--

--	--

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,

RG:, abaixo assinado, concordo em participar do estudo gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo da atenção secundária, sob a responsabilidade da enfermeira Alessandra Sant'Anna Nunes, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo (a) pesquisador (a)sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____

<hr/> Voluntário da pesquisa	<hr/> Pesquisador responsável
------------------------------	-------------------------------

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de saúde)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que tem como título **GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE CENTRADA NO PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL NO CAMPO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA**, executada pela autora Alessandra Sant'Anna Nunes. Esta pesquisa tem a finalidade de propor um modelo de gestão do cuidado na atenção secundária em saúde para o paciente com doença crônica não transmissível- DCNT. Você foi selecionado(a) para participar do estudo, porém sua participação não é obrigatória, não trará nenhum risco para você e não receberá nenhum pagamento ou gratificação por participar da pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. A sua percepção quanto ao cuidado em saúde prestado ao paciente crônico atendidos na unidade de terapia biológica na atenção secundária contribuirão para um maior esclarecimento do processo de trabalho de Enfermagem aplicado na assistência ao paciente crônico, em uso de terapia biológica. As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações do estudo, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Pesquisador responsável: Alessandra Sant'Anna Nunes

<p>Alessandra Sant'Anna Nunes Rua Adalberto Aranha, 57/101. Andaraí. CEP: 20540-140 - Rio de Janeiro RJ Tel. (21)3238-1725 (21) 98845-1016</p>	<p>Comitê de Ética da UERJ Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018 CEP.: 20.559-900 Tel (21)2334-2180 e Fax – (21)2334-2180 Email: etica@uerj.br</p>
--	---

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,

RG:, abaixo assinado, concordo em participar do estudo gestão do cuidado em saúde centrada no paciente com doença crônica não transmissível no campo da atenção secundária, sob a responsabilidade da enfermeira Alessandra Sant'Anna Nunes, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo (a) pesquisador (a)sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a nenhum prejuízo.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

Voluntário da pesquisa	Pesquisador responsável
------------------------	-------------------------

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA, GESTÃO E ENSINO NA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS INOVADORES DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS

Pesquisador: Valéria de Oliveira Monteiro

Versão: 2

CAAE: 70596017.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.579

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de natureza descritiva exploratória. O presente estudo será realizado em uma unidade de saúde de Atenção Secundária vinculada a uma Universidade Estadual e localizada no município do Rio de Janeiro. A unidade corresponde a um dos componentes ambulatoriais especializados do serviço de atenção especializada da "Rede de Atenção a Saúde das Pessoas Portadoras de Condições Crônicas" e presta atendimentos ambulatoriais em 27 especialidades distintas, além de serviços diagnósticos, terapêuticos e de uma unidade cirúrgica ambulatorial. Devido aos diferentes espaços de formação profissional por meio da articulação entre ensino-treinamento-serviço, o cenário do estudo se configura num campo propício para o desenvolvimento de modelos inovadores na assistência. Os participantes desta pesquisa serão profissionais de enfermagem, acadêmicos de enfermagem, usuários, com idade igual ou maior que 18 anos, atendidos nos ambulatórios especializados da unidade e seus familiares. A coleta de dados acontecerá por meio de formulários, contendo perguntas fechadas, e de uma breve entrevista, com perguntas semi-estruturada, revisões de prontuários e aplicação de escalas validadas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a assistência, a gestão e o ensino na perspectiva dos cuidados inovadores de enfermagem ao portador de doenças crônicas em uma instituição universitária

de atenção secundária à saúde. Objetivos secundários: Descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários portadores de doença crônica; Avaliar a qualidade de vida do usuário portador de doença crônica; Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem; Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento de prática assistencial na atenção secundária; Avaliar a satisfação do usuário e família com a assistência prestada pela enfermagem no âmbito da atenção secundária; Identificar estratégias de adesão e acompanhamento ao usuário portador de doença crônica; Avaliar o impacto da estratégia de telemonitoramento na adesão, no absenteísmo e redução de complicações; Avaliar o nível de Autocuidado do usuário portador de doença crônica; Implementar a estratégia de Autocuidado Apoiado como ferramenta assistencial ao portador de doença crônica; Compreender como se organiza o processo de trabalho em saúde; Avaliar a satisfação dos profissionais de saúde com o processo de gestão e educação permanente; Avaliar a satisfação e qualidade dos serviços para o processo de formação dos estudantes de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes da pesquisa em qualquer fase ou dela decorrente é mínimo. O benefício deste estudo refere-se ao seu potencial de produzir conhecimentos e resultados aplicáveis à melhora da assistência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem elaborada, apresenta clareza em seus objetivos e coerência destes com o método adotado. Apresenta vasto embasamento teórico que sustenta a proposta e o pesquisador possui experiência no campo temático. O cronograma evidencia o período de realização da pesquisa entre os anos de 2017 a 2020, viabilizando o conjunto de objetivos propostos em relação ao tempo de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram contemplados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para agosto de 2018. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

ANEXO B - Termo de autorização Institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PESQUISA: Assistência, gestão e ensino na perspectiva do cuidados inovadores de enfermagem ao portador de doenças crônicas.

Responsável: Prof^ª Dr^ª. Valéria de Oliveira Monteiro

Eu, LUIS CRISTOVAO DE MOURA SOTERANO PORTO (nome legível), responsável pela Instituição POLICLINICA PIQUET CARNEIRO (nome legível da instituição), declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição co-participante desta pesquisa, podemos revogar esta autorização, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão.

A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2017



Responsável pela Instituição (assinatura e carimbo)

Luis Crstóvão M. S. Porto
Diretor Geral
Policlínica Piquet Carneiro
Matr.UERJ 5868-5/ID. 255552-4

Agradecemos sua colaboração ao participar desta pesquisa. Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:

Prof^ª. Dr^ª. Valéria de Oliveira Monteiro (email: valeriaomt@hotmail.com - telefone: 21 98132-1086)

Após o início da pesquisa, caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: R. São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3 andar- Maracanã – Rio de Janeiro/RJ, e-maii: etica@uerj.br – telefone: (021) 2334 2180