

Estratégias de integração dos cuidados às doenças crônicas não transmissíveis: estudo de caso

Integration strategies for caring for chronic noncommunicable diseases: a case study

Estrategias de integración para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles: estudio de caso

Solange Meira de Sousa¹

ORCID: 0000-0001-6703-7316

Elizabeth Bernardino¹

ORCID: 0000-0003-1321-8562

Fernanda Catafesta Utzumi¹

ORCID: 0000-0003-1318-1464

Gisele Knop Aued¹

ORCID: 0000-0001-5914-1105

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, Paraná, Brasil.

Como citar este artigo:

Sousa SM, Bernardino E, Utzumi FC, Aued GK. Integration strategies for caring for chronic noncommunicable diseases: a case study. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20190563. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0563>

Autor Correspondente:

Solange Meira de Sousa
E-mail: solangesmj@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 30-12-2019

Aprovação: 13-09-2020

RESUMO

Objetivos: identificar as estratégias para a integração dos cuidados utilizadas no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis em um Distrito Sanitário. **Métodos:** estudo de caso desenvolvido em um distrito de um município da região Sul do Brasil, com 34 participantes (coordenadores e enfermeiros assistenciais). Os dados foram coletados entre agosto/2016 e junho/2017, por meio de entrevistas, documentos e arquivos computadorizados. Para organização dos dados, utilizou-se o *software* MAXQDA[®]. A análise ocorreu mediante o modelo de Rede Integrada de Cuidados. **Resultados:** destacaram-se estratégias de integração nas dimensões sistêmica, normativa e funcional, como as coordenações, organização do Distrito, Plano Operativo Anual, sistema de informação e serviço de gestão para o usuário. **Considerações Finais:** o distrito compreende uma estrutura que possibilita interações por meio de várias ferramentas; dentre essas, a coordenação representa uma estratégia eficaz para potencializar o cuidado, impulsionar a cooperação entre os profissionais e ser apoio e gestão ao distrito. **Descritores:** Cuidados Integrados de Saúde; Doenças Crônicas; Enfermeiras e Enfermeiros; Estudo de Caso; Gestão dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to identify the strategies for integrated care used regarding Chronic Noncommunicable Diseases in a Health District. **Methods:** a case study developed in a district of a municipality in southern Brazil, with 34 participants (coordinators and nursing assistants). Data were collected between August 2016 and June 2017, through interviews, documents and computerized files. To organize the data, the MAXQDA[®] software was used. Analysis took place using the Integrated Care Network model. **Results:** integration strategies were highlighted in the systemic, normative and functional dimensions, such as coordination, district organization, Annual Operating Plan, information system, and user management service. **Final Considerations:** the district comprises a structure that enables interactions through various tools; among these, coordination represents an effective strategy to enhance care, boost cooperation among professionals and support and manage the district. **Descriptors:** Comprehensive Health Care; Chronic Disease; Nurses; Case Reports; Health Services Administration.

RESUMEN

Objetivos: identificar las estrategias de integración de la atención utilizadas en el contexto de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en un Distrito de Salud. **Métodos:** estudio de caso desarrollado en un distrito de un municipio de la región sur de Brasil, con 34 participantes (coordinadores y auxiliares de enfermería). Los datos fueron recolectados entre agosto/2016 y junio/2017, a través de entrevistas, documentos y archivos computadorizados. Para organizar los datos se utilizó el software MAXQDA[®]. El análisis se realizó utilizando el modelo Red de Atención Integrada. **Consideraciones Finales:** el distrito comprende una estructura que permite interacciones a través de varias herramientas; entre estos, la coordinación representa una estrategia eficaz para potenciar la atención, impulsar la cooperación entre profesionales y ser soporte y gestión del distrito. **Descritores:** Atención Integral de Salud; Enfermedad Crónica; Enfermeras y Enfermeros; Informes de Casos; Administración de los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde garantido pela Constituição Federal implica a implementação de políticas para qualificar as ações de saúde com objetivo de um cuidado integral. Esse cenário é caracterizado por constantes desafios, como o aumento na incidência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), ocasionado, entre outros aspectos, pelas mudanças no perfil epidemiológico consequente ao envelhecimento da população. A fragmentação na assistência dentro de um contexto onde há escassez de recursos tem exigido pró-atividade e flexibilidade de adaptação pelos serviços de saúde⁽¹⁻⁴⁾. A reestruturação da atenção e a reorganização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ações e serviços de saúde articulados, podem contribuir para o atendimento integral⁽¹⁾, destacando-se, ainda, a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora do cuidado.

As DCNT são responsáveis por mais de 70% das mortes globais, estando entre as agendas discutidas e que demandam resolução pelo setor saúde. Em 2016 aproximadamente 41 milhões de mortes ocorreram devido a esse problema, tendo como causa doença cardiovascular (44% de todas as mortes por DCNT), câncer (22%), doença respiratória crônica (9%) e diabetes (4%)⁽⁵⁾. Possuem duração longa ou incerta, geralmente mais de uma etiologia, exigem tratamento contínuo e individualizado, ocasionando altos custos ao sistema de saúde, o que exige iniciativas para seu enfrentamento.

Durante a última década, diferentes modelos e abordagens para a integração dos cuidados foram amplamente aplicados e documentados em vários cenários, resultando na multiplicidade de definições e estruturas conceituais. Cada contexto analisado emprega um significado diferente ao termo, provocando distorções sobre o conhecimento desse assunto. Em revisão a esse respeito⁽⁶⁾, foram apontados 175 conceitos para o termo, indicando que não há uma única definição para a integração dos cuidados e tampouco uma forma de operacionalização perfeita. Vários estudos têm sido desenvolvidos para contribuir com um melhor entendimento sobre o assunto, tendo em vista que as perspectivas diferentes em relação à integração estão relacionadas aos diferentes autores e contextos⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Considerando o difícil manejo das DCNT pela complexidade dos problemas, baixa resolutividade devido à fragmentação na assistência e recursos escassos, o protagonismo das instituições e dos profissionais para agir individual ou coletivamente visando o cuidado integral, e a APS como ordenadora das ações em saúde, questiona-se: como ocorre a integração dos cuidados em saúde no contexto das DCNT em um Distrito Sanitário?

OBJETIVOS

Identificar as estratégias para a integração dos cuidados utilizadas no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis em um Distrito Sanitário.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Todos os aspectos éticos foram seguidos de acordo com o preconizado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do estudo e aceite dos participantes. Realizou-se contato pessoal, em que foram esclarecidos os objetivos do estudo, bem como a relevância da pesquisa. Posteriormente, cada profissional foi contatado e foram agendados horários e locais estabelecidos conforme a disponibilidade de cada um. Na ocasião, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elucidando as dúvidas. Caso o participante aceitasse participar do estudo, foi solicitado a autorização mediante assinatura de cada participante após o entendimento. Na mesma oportunidade, foi questionado a respeito de documentos e arquivos computadorizados condizentes com os objetivos, o que foi levado em consideração nesta fase do estudo⁽¹¹⁾.

Para apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por letras, seguidas de um número em ordem crescente, conforme a ordem de realização das entrevistas. Assim, a letra E foi seguida de um número para representar os enfermeiros assistenciais (E1, E2... E15); a letra C, seguida de um número (C1, C2...C15) para representar os coordenadores de cada uma das unidades de saúde; e letra G, seguida de um número (G1...G4) para representar os coordenadores e o diretor do Distrito Sanitário (DS). Os dados referentes à entrevista, documentos e arquivos computadorizados estão identificados pela letra "EN", "DC" e "AC", respectivamente⁽¹¹⁾.

Referencial teórico

Neste estudo, adotou-se como referencial teórico o modelo de Rede Integrada de Cuidados⁽⁷⁾, que compreende a integração um processo que envolve a criação e a manutenção de uma estrutura comum entre indivíduos e organizações - partes independentes - a fim de coordenar sua interdependência para atingir um projeto coletivo⁽⁷⁾. Tal definição vai ao encontro com o que conceitua a Organização Mundial de Saúde⁽¹²⁾, que considera a integração como maneiras de interligação e cooperação para prestação de cuidados e garantia de continuidade assistencial aos indivíduos, com vistas à eficiência nos resultados.

Nessa perspectiva, a integração é apreendida dentro de um contexto articulado que favoreça um sistema integrado, a partir das dimensões: *Integração dos cuidados; Integração da equipe clínica; Integração funcional; Integração normativa; Integração sistêmica*. As quatro primeiras dizem respeito à interação entre os indivíduos e organizações interdependentes, e a integração sistêmica estabelece relações entre um serviço local com o Sistema de Saúde^(7,11).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso único integrado, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um DS de um município localizado na Região Sul do Brasil⁽¹¹⁾. A integração dos cuidados no DS foi selecionada como unidade de análise – o caso a ser estudado^(11,13). Adotaram-se os critérios descritos no instrumento *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁴⁾.

Procedimentos metodológicos

A realização de um estudo de caso requer o desenvolvimento de um protocolo para guiar a coleta de dados, aumentar a

confiabilidade do estudo e cobrir as evidências esperadas. Dessa forma, os seguintes aspectos e/ou etapas foram definidas e/ou executados: aspectos teóricos e éticos; contato com o DS; questão norteadora; objetivo; unidade de análise; proposição teórica; lógica que vincula os dados coletados às proposições (análise de dados por combinação padrão); realização de caso piloto em outro DS para contribuir com o refinamento da organização da coleta de dados e instrumentos^(11,13).

Cenário do estudo

Para este estudo, elencou-se um dos DS de um município da Região Sul do Brasil. A escolha foi intencional considerando que os DS são regiões que possuem a mesma característica quanto ao funcionamento, composição de gestores (coordenadores) e conexões com outros serviços da Rede. Cada DS possui coordenações da gestão em saúde, da atenção em saúde e da vigilância em saúde, e ainda coordenadores em cada um dos serviços⁽¹¹⁾.

Fonte de dados

Os participantes desse estudo foram 34 profissionais de um DS, selecionados intencionalmente, por contemplar informantes-chave com experiência de gestão e no cuidado. Critérios de inclusão: coordenadores e enfermeiros assistenciais, como o coordenador de atenção em saúde, o coordenador de vigilância em saúde, o coordenador de gestão em saúde e os coordenadores locais de cada uma das 15 Unidades de Saúde e um enfermeiro de cada serviço. Critério de exclusão: qualquer afastamento durante o período de coleta de dados⁽¹¹⁾.

Coleta e organização dos dados

Realizou-se a coleta de dados entre agosto de 2016 e junho de 2017, por meio de entrevistas (fontes primárias), documentos e arquivos computadorizados (fontes secundárias)⁽¹¹⁾. Todos os instrumentos utilizados para a coleta de dados contemplaram aspectos relacionados às dimensões da integração dos cuidados em saúde, por meio de um roteiro construído a partir do referencial teórico adotado^(7,11), com subsídio de outros estudos pertinentes^(9,11-12).

As entrevistas foram audiogravadas, com tempo de duração máxima de 1 hora e 24 minutos e 31 segundos e mínima de 18 minutos e 58 segundos. Pela análise documental, foram verificadas resoluções, decretos e leis. Dentre os documentos, utilizou-se diário de campo a fim de tomar notas a respeito do funcionamento dos serviços, interações entre os profissionais, aspectos relacionados ao sistema de informação. A análise de arquivos computadorizados compreendeu materiais em mídia eletrônica disponíveis *online*. As entrevistas foram transcritas, e seu conteúdo bem como todas as informações resultantes das outras fontes de evidências foram organizadas em quadros de análise⁽¹¹⁾.

As dimensões da integração dos cuidados e suas características se constituíram nas categorias e subcategorias de análise, respectivamente, previamente definidas. Para auxiliar na organização e categorização dos dados, utilizou-se o *software* MAXQDA®, versão 2018⁽¹¹⁾.

Análise dos dados

As informações foram agrupadas nos quadros de análise por meio das categorias e subcategorias^(11,13), até chegar em uma versão mais compactada com aspectos mais significativos. Para todas as fontes de evidências, buscou-se apreender os aspectos mencionados no roteiro levando-se em consideração a relevância dos dados, o que possibilitou identificar convergências entre as informações obtidas⁽¹¹⁾.

A partir da análise orientada pelo referencial teórico e confrontada com a proposição teórica, estabeleceu-se ênfase entre o objetivo com as categorias: Integração sistêmica (subcategoria: Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes com a dinâmica local); Integração normativa (subcategorias: Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado; Mecanismos de coordenação informais são essenciais; Cuidado com foco no usuário é uma norma importante e orienta o comportamento dos profissionais e dos serviços); Integração funcional (subcategorias: Gestão do Distrito Sanitário favorece o atendimento das necessidades de saúde; Decisões dos profissionais consistentes com o projeto assistencial; Sistema de informação permite a prestação de serviços favoráveis a continuidade do cuidado; Serviço de gestão para o usuário)⁽¹¹⁾.

Para fins de análise, destaca-se a proposição teórica deste estudo^(11,13): "A garantia do cuidado integral decorre da integração nos planos políticos, institucionais, organizacionais e assistenciais. No entanto, é no plano assistencial que o projeto terapêutico é operacionalizado mediante mecanismos para integração dos cuidados, tais como fluxos assistenciais de referência e contrarreferência"⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Os resultados são descritos conforme as dimensões da integração e suas características definidoras relacionadas ao objetivo do estudo, ou seja, categorias e subcategorias, respectivamente, seguido ou não de fontes de evidência relacionadas aos documentos e arquivos computadorizados. As características definidoras estão intituladas conforme foram descritas originalmente nos instrumentos de coleta de dados. Contudo, no presente estudo, apenas foram resgatados alguns aspectos condizentes com as características, que não atingem sua totalidade. Além disso, diante de dados insuficientes, nem todas as características apresentaram relevância ou foram consideradas.

Os indivíduos deste estudo foram predominantemente do sexo feminino (91,1%), com idade de 31 a 40 anos (41,1%), seguido de 41-50 anos (29,4%) e 51-61 anos (29,4%); tempo de serviço 6 meses-2 anos (38,2%), 3-5 anos (32,3%), 8-10 anos (20,5%) e 15-19 anos (8,8%). A maioria dos participantes eram graduados em enfermagem (91,1%), seguido de farmácia (8,8%) e odontologia (2,9%). Desses, 44,1% ocupavam o cargo de coordenador de unidade e o mesmo percentual (44,1%) enfermeiro assistencial; 11,7% eram coordenadores do DS. Percebe-se que a composição de coordenadores como um todo é essencialmente de enfermeiros. Quanto à formação, todos os profissionais possuem pós-graduação; desses, 94,1% nível *lato sensu* (especialização) e 5,8%, nível *strictu sensu* (mestrado).

Integração sistêmica

Princípios de organização do sistema de saúde são consistentes com a dinâmica local

A ativa participação das gestoras por meio da transmissão de informações, realização de capacitações e da sua presença favorece a reciprocidade dos profissionais e permite ao DS um melhor envolvimento com a rede. A maneira como as gestoras realizam seu trabalho reflete positivamente em vários contextos analisados, sobretudo no trabalho das coordenadoras locais, estimulando suas práticas e fornecendo embasamento para que direcionem suas equipes em prol de um atendimento ao usuário diferenciado, completo e com pouca margem para o insucesso.

Ainda nesse rol, poderiam ser destacadas as diretrizes e princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), que subsidiam o trabalho profissional, ainda que não tenham sido pormenorizadas pelos profissionais, sendo, de fato, alicerce para que o trabalho em saúde responda às necessidades dos usuários. Desconhecimento sobre princípios e diretrizes é recorrente em muitos discursos. Além disso, há dificuldade de conciliar esses princípios com ações cotidianas, de compreender fluxos assistenciais e de dinamizar a assistência, de modo a torna-la mais eficaz com menos entraves.

[...] a gente começou trabalhar a questão do atendimento em rede [...] é algo que está sendo sensibilizado [...] integração entre a equipe, nessa rede de cuidado [...]. (EN - G 4)

Tem uma grande dificuldade, às vezes você percebe uma grande dificuldade em conhecer o SUS, talvez por achar que não tenha tanta responsabilidade como deveria [...]. (EN - C 15)

Integração normativa

Cooperação entre os profissionais para a obtenção do cuidado continuado

É obtida nas normas fixadas em protocolos e que descrevem como os profissionais devem atuar em determinadas situações, especialmente diante das necessidades de um indivíduo com alguma doença crônica, que demanda vários profissionais. Tal cooperação não significa que os profissionais trabalhem continuamente em equipe, mas, ao atenderem um indivíduo que demanda vários olhares, não hesitam em buscar auxílio de outro profissional. Destaca-se a carteira de serviços e os protocolos utilizados para a atenção ao diabetes e à hipertensão.

Nesse contexto, o modelo de cuidado realizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família se sobressai. Outro aspecto importante são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se destacam em todas as unidades por seu trabalho e forma como conduzem o cuidado. A dificuldade na cooperação entre os profissionais advém da falta de preparo e desconhecimento dessa dinâmica tanto no que se refere ao acionamento do NASF e ao trabalho em equipe propriamente dito.

[...] o NASF, um grupo de profissionais que foram inseridos gradativamente na APS para legitimar o cuidado integral do paciente e da população [...]. (EN -G 1)

Aqui é uma unidade básica, tem a equipe da manhã e a equipe da tarde, tem essa separação, não tem muito convívio de uma equipe com a outra [...]. (EN -E 8)

Carteira de Serviços: preconiza a prioridade no atendimento às pessoas e reforça aos profissionais de saúde o cuidado centrado no indivíduo (AC).

Diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellito Tipo 2 e Manual do hipertenso: sistematizam e organizam a atenção (AC).

Mecanismos de coordenação informais são essenciais

Na ausência de um coordenador, outro profissional assume essa função de maneira consensual e informal. Os coordenadores locais reconhecem a necessidade de fornecer espaço para um potencial coordenador informal desenvolver competências favoráveis ao seu desempenho, tornando-se referência para o coordenador local e para a equipe, favorecendo um bom andamento dos serviços e um bom atendimento às DCNT.

Os enfermeiros se destacam como profissionais que, na ausência de um coordenador formal, exercem funções administrativas e são o elo com o DS. Em que pese o exposto, alguns profissionais não reconhecem a existência dessas coordenações e dos profissionais que podem ser essa referência, apenas reconhecem as funções estabelecidas formalmente.

Acredito que todas as equipes têm um coordenador informal, os enfermeiros são líderes natos [...] quando está sem enfermeiro, a equipe fica meio perdida. (EN -C 1)

Na verdade, eu não sei te dizer [...] só os coordenadores que estão no papel [...]. (EN -C 9)

Cuidado com foco no usuário é uma norma importante e orienta o comportamento dos profissionais e dos serviços

As ações devem atender às necessidades de saúde dos usuários. Para tanto, o DS conta com uma rede que contribui para a efetividade da assistência e busca priorizar um cuidado de qualidade e continuado.

No que se refere às DCNT, maior ênfase é dada aos portadores de diabetes, hipertensão e idosos, diante da sua vulnerabilidade e fatores de risco para DCNT. Para que o enfoque ao usuário seja coerente com o propósito do município, há preocupação com a forma pela qual os profissionais atuam. Nesse sentido, os coordenadores, dentre eles enfermeiros, são importantes elos entre a unidade de saúde e o DS, e uma importante estratégia para a continuidade dos cuidados. Além disso, a cartilha acesso avançado trata a respeito de um acesso mais facilitado aos usuários; portanto, são discutidos aspectos que viabilizam uma agenda mais dinâmica dos profissionais de saúde, além de outros meios que facilitem o acesso aos usuários, como o agendamento de consultas.

Por outro lado, mudanças de gestão são exemplos de situações que provocam choque nas relações profissionais, prejudicando o atendimento preconizado com enfoque no usuário, pois, em cada gestão, condutas são revistas e profissionais são redimensionados para funções antes exercidas por outros.

[...] a base do nosso cuidado, da nossa essência é o cuidado, pois nós temos o olhar da tecnologia, da parte administrativa, mas o nosso foco é o usuário [...]. (EN - G 1)

[...] o usuário não tem culpa de eu estar há vinte anos nesta profissão [...] desta gestão que está aí podar muitas coisas [...]. (EN - E 10)

Cartilha acesso avançado – discute a respeito do acesso e organização da agenda dos profissionais. O acesso precisa ser facilitado, para que o usuário consiga atendimento no momento que o procurar (AC).

Integração funcional

Gestão do Distrito Sanitário favorece o atendimento das necessidades de saúde

Os Planos Operativos Anuais (POA) são ferramentas de gestão que permitem operacionalizar as metas discutidas com as equipes de saúde a partir das necessidades da população, fornecendo um entendimento do que pode afetar ou não a qualidade no cuidado. Esse documento embasa o planejamento das ações que deverão ser realizadas, no entanto o seu seguimento não é estático e está condicionado ao comprometimento de todas as partes envolvidas. O gestor deve ser o facilitador das ações, promovendo diálogo, reuniões, estabelecendo prioridades para o cumprimento do POA.

Em cada DS, há o equivalente à Secretaria Municipal, para que a população tenha um acesso aos serviços que precisa próximos da sua casa e seja atendida na sua necessidade. A gestão do DS compreende o diretor, as coordenações responsáveis pela gestão, atenção e vigilância em saúde, que viabilizam o andamento dos serviços desde aspectos materiais, profissionais até condições estruturais, permitindo o fluxo de atendimento ao usuário e resolução das suas necessidades. Alguns relatos sugerem um envolvimento menor da gestão com as unidades.

[...] o Distrito dá apoio para nós nas unidades, então é um facilitador no meio do caminho, é ele quem recebe as informações da secretaria [...] é um círculo [...] tudo interligado [...]. (EN - C 1)

[...] você precisa de alguma coisa você não sabe quem é a pessoa responsável, você não sabe nem se tem um setor responsável [...]. (EN - E 10)

Plano Operativo Anual: ferramenta de gestão que favorece a operacionalização das metas discutidas com as equipes (DC).

Decisões dos profissionais consistentes com o projeto assistencial

O cuidado integral ao usuário é a via final e inicial das decisões tomadas nas interações profissionais, seja em reuniões formais como o colegiado do DS, durante o atendimento a um usuário ou mesmo nas discussões informais sobre um caso específico. Em todas as ações que envolvem o cuidado ao doente crônico, sendo a via inicial, dispara o planejamento de ações a serem desenvolvidas, e como via final, estabelece parâmetros de avaliação do que foi realizado. No entanto, a falta de envolvimento com algumas

situações que exige tomada de decisão dos profissionais gera insatisfação e sobrecarga de trabalho para alguns coordenadores, dificultando a continuidade da assistência.

[...] entendo a gestão como uma gestão bem participativa [...] todos os processos que são mudados [...] todos em algum momento participaram dessa definição [...]. (EN - C 1)

[...] os enfermeiros daqui ainda tem dificuldade de tomar decisão. Demanda muito para mim enquanto coordenadora [...]. (EN - C 13)

Sistema de informação permite a prestação de serviços favoráveis a continuidade do cuidado

O sistema de informação, o e-Saúde, é mencionado como uma importante estratégia para conectar o DS, vinculando às equipes e estabelecendo conexões entre profissionais e usuários, por meio dos registros dos atendimentos realizados. Permite às coordenações do DS obter informações que lhe possibilitam se adaptar à realidade da população por meio dos indicadores, metas cumpridas, bem como todas as informações úteis disponíveis.

Em que pese esses fatores positivos, o sistema não integra toda a rede de cuidados do município. Os dispositivos do DS que estão interligados por meio do e-saúde conseguem dar conta de algumas necessidades; para outras, o telefone e o e-mail também são reconhecidos como ferramentas favoráveis à comunicação. No entanto, a maior parte das queixas relacionadas ao e-saúde e reproduzidas pelos profissionais deste estudo teve relação com a dificuldade de comunicação entre todos os serviços da rede.

[...] a gente trabalha com e-saúde e é tudo registrado ali, então se ele passa pela UPA a gente tem acesso, ele vem encaminhado de lá para dar continuidade na unidade [...]. (EN - E 14)

[...] nós não temos acesso aos outros serviços [...] somente o que está dentro da prefeitura [...] se foi para um atendimento no hospital não sei o que aconteceu [...]. (EN - C 13)

Diário de campo: Notas para corroborar a informação proveniente das outras fontes de dados (DC).

Zimbra: e-mail institucional e por meio do qual são trocadas informações entre os profissionais (DC).

Serviço de gestão para o usuário

O serviço de ouvidoria do município pode ser utilizado pelo portal ou telefone pelo usuário como ferramenta de interação com os serviços de saúde, emissão de opinião, realização de reclamações, tudo para que seja conhecido seu nível de satisfação quanto ao atendimento recebido.

[...] tem um sistema de informação de satisfação do atendimento da nossa população que é a ouvidoria [...]. Ouvidoria é um instrumento muito rico que é aberto à comunidade, a comunidade pode ligar lá, criticar elogiar ou sugerir. (EN - G2)

Cartilha acesso avançado – com esse documento o usuário pode se inteirar das discussões envolvendo os fluxos de atendimento (AC).

Portal do município (Central 156) – a ouvidoria recebe e analisa as manifestações dos usuários, identifica demandas, analisa a decisão tomada, fornece feedback ao usuário e orientações sobre serviços oferecidos etc (AC).

DISCUSSÃO

Este estudo contribui para o reconhecimento de estratégias para o cuidado às DCNT nas dimensões sistêmica, normativa e funcional, com ênfase nas coordenações, organização do DS, POA, sistema de informação e serviço de gestão para o usuário, a partir da perspectiva de um referencial teórico que considera a integração dos cuidados um caminho viável para superação de muitos dos problemas relacionados à saúde.

Os Sistemas de Saúde, no Brasil e em outros contextos, apesar de suas diferenças em termos de financiamento, organização e gestão, são afetados de maneiras similares no que diz respeito aos recursos financeiros, ao aumento da população mais idosa, à incidência de DCNT, entre outros aspectos^(7,15-18). A fim de continuar oferecendo serviços de qualidade, os governos precisam reestruturar significativamente seus sistemas de saúde⁽⁷⁾, e, entre outros aspectos, é importante avançar no desenvolvimento de ações que integrem e articulem os vários serviços, para que o enfrentamento das DCNT seja realizado de maneira transversal⁽¹⁹⁾.

A elaboração de políticas públicas com enfoque na prevenção e atenção às DCNT está entre os maiores desafios para o SUS, pois as características dessas doenças compreendem uma duração incerta e altas taxas de morbidade e mortalidade, demandando um cuidado cada vez mais longitudinal e integral, envolvendo, além do tratamento, ações de prevenção e promoção^(5,20). Portanto, a integração dos cuidados é imprescindível à medida que as necessidades de saúde exigem cuidados mais complexos que não podem ser acessados em um único local ou realizados por um profissional apenas, levando-se em consideração ainda suas limitações em tempo e espaço⁽⁷⁾.

A integração sistêmica é intensificada na coerência em todos os níveis de assistência; portanto, sua viabilidade está atrelada na resultante entre os relacionamentos entre os vários serviços e entre os profissionais e em suas tomadas de decisões, assim como nas relações estabelecidas entre os profissionais e usuários^(7,11). O conceito de atendimento em rede é relativamente novo para os profissionais deste estudo em questão, e a função da APS como coordenadora do cuidado vem sendo paulatinamente enfatizada no DS, coincidindo com a autonomia e responsabilidade conferidas às unidades de saúde no que concerne ao atendimento focado no cuidado integral⁽¹¹⁾.

As redes não surgem de um vácuo, mas estão ligadas a um contexto no qual os vários atores negociam suas interações; para tanto, devem estar cercados por condições que favoreçam a colaboração. Entre essas, a distribuição de poder afeta a dinâmica da rede. Portanto, as coordenações dentro do DS exercem importância considerável para a reorganização dos processos de cuidado, tendo em vista sua autonomia, capacidade decisória e habilidades no trato com os demais profissionais^(11,15,17,21).

As demandas da sociedade, suas necessidades e desigualdades influenciam a formulação de políticas públicas; da mesma maneira, o poder executivo pode influenciar na criação de um

espaço adequado para normas relacionadas a tais políticas. Todos os profissionais, bem como a sociedade em si se comunicam com o sistema por meio de estratégias de integração. Leia-se principalmente o meio eletrônico – sites, correspondências eletrônicas etc. O DS segue as normativas ditadas pelo município, que segue as normas formatadas no Sistema de Saúde. Assim, o conhecimento relacionado às diretrizes do SUS embasa a realização das ações de saúde pelos profissionais^(11,22).

Em outras palavras, a integração normativa visa garantir uma lógica entre o sistema de representações e valores da sociedade com as outras dimensões, resultando em um contexto onde há comunicação adequada entre todos os envolvidos^(7,11). A integração normativa permite unificar todos os contextos dentro do DS e vai além disso, permitindo vinculá-lo ao Sistema de Saúde e a todos os níveis do Sistema de Saúde entre si. Trata-se de uma dimensão da integração pouco tangível, que aparenta beirar a algo distante da realidade, mas é essencial para facilitar a colaboração e garantir a consistência entre todos. Para assegurar essa lógica que permite unir valores, organização do serviço e o sistema clínico, a integração normativa deve ser moldada e baseada em comportamentos e atitudes profissionais^(7-8,11).

Por esse motivo, os mecanismos de coordenação informais, assim como cuidados focalizados em cada indivíduo, são tão importantes. Esse último aspecto é uma norma social. Como tal, deve orientar o comportamento dos profissionais dentro de um sistema de saúde e pode ainda favorecer a coordenação no DS^(8,11).

As modificações no contexto dos sistemas de saúde têm provocado dificuldade de adaptação dos serviços de saúde e dos profissionais neles atuantes, e, conseqüente a isso, de respostas adequadas à essas transformações⁽²³⁾. Entre essas modificações, a atenção às doenças crônicas implica prevenção de complicações e um atendimento holístico, integral e multidisciplinar. A profissão enfermagem também evolui com tais mudanças, e, com elas, novas atribuições são conferidas ao enfermeiro. Nesse sentido, as prioridades dos sistemas de saúde devem estar voltadas às estratégias, com propostas claras de coordenação e continuidade nos cuidados, definições dos papéis de cada profissional, incorporação de ferramentas e tecnologias, atenção às evidências científicas com aprimoramento prático, aquisição de competências e o envolvimento com a tomada de decisões⁽³⁾.

Nesse sentido, considerando ainda a necessidade de mecanismos que favoreçam a coordenação⁽⁷⁾, a inserção do enfermeiro nesse contexto de enfrentamento das DCNT pode ser favorável, tendo em vista que, as habilidades de coordenação do cuidado, inerentes ao seu processo de trabalho^(3,23-26) podem ser uma estratégia para a assistência integral, com potencial para minimizar barreiras entre os níveis assistenciais⁽¹¹⁾.

O DS segue uma organização que compreende várias coordenações. Toda coordenação dentro de uma instituição é um aspecto inerente à integração, pois representa uma ferramenta que permite examinar e ajustar as relações entre todos, o que pode promover a articulação e como resultado ampliar as possibilidades de um atendimento centrado nas necessidades de saúde dos indivíduos, projeto coletivo que deve embasar todas as ações profissionais^(7,11).

No município do estudo em questão, desde o final do ano de 2002 são estabelecidos contratos de gestão entre unidades de

saúde e DS e destes com a Secretaria Municipal. Dessa forma, todo o planejamento das ações deve ser embasado no POA, elaborado a partir das peculiaridades de cada território; portanto, visam à realização de ações que atendam as necessidades de saúde dos indivíduos. Os coordenadores, aqui compreendidos igualmente como gestores, devem ser os facilitadores dessas ações, promovendo diálogo, reuniões, estabelecendo prioridades para que esse plano seja cumprido e seu fechamento seja feito de maneira adequada^(11,27) e no tempo oportuno.

O município concede autonomia aos DS para implantar tecnologias e gerenciar a saúde da população do seu território; nessa linha, as unidades de saúde se organizam para o atendimento às DCNT, seja pelo atendimento por meio dos programas ou de uma forma menos regrada, com livre acesso. No entanto, somente é possível engendrar ações que repercutam em um atendimento satisfatório aos usuários com DCNT quando todos os profissionais possuem consistência em suas práticas assistenciais. De outro modo, sem envolvimento profissional, há dificuldade para a continuidade da assistência. Há sempre uma polarização conflitante no contexto em que ocorre o cuidado; há engajamento profissional, porém também há dificuldade para agir em prol das necessidades do usuário⁽¹¹⁾.

A integração funcional favorece a clínica e a interação entre os profissionais, e se refere a todos os mecanismos e ferramentas disponíveis que permitem que o cuidado ocorra. Assim, pode-se sobrepôr a dimensão da integração funcional no espaço em que estão centralizadas as maiores decisões do DS e no qual estão concentradas as coordenações de gestão, atenção e vigilância em saúde^(7-8,11). No entanto, a integração funcional não significa mais centralização ou padronização, deve ser uma abordagem flexível, permitindo parcerias entre os profissionais e entre os prestadores de serviços com o DS, para que se adaptem às necessidades da população^(8,11). Nessa linha, a coordenação e todas as suas atividades ou mesmo as conexões estabelecidas entre todos os profissionais são favorecidas, quando guiadas por um sistema de informação ágil e flexível^(11,17), que permita a tomada de decisões sobre responsabilidades, atribuições e recursos financeiros⁽¹¹⁾.

Todos esses aspectos são favoráveis à assistência de qualidade, assim como mecanismos que norteiam os indivíduos, para que possam usufruir dos serviços e se sentir importantes dentro da Rede, como o serviço de gestão para o usuário, que proporciona acesso às informações do município, sendo um meio para que os usuários interajam com os serviços⁽¹¹⁾.

Diante desses apontamentos, apreende-se que a integração funcional no DS é inerente ao atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, por intermédio de uma organização favorável ao funcionamento do DS, citando-se toda a logística compreendida desde a composição de gestores à forma como o DS se insere e se articula na rede -, o cuidado é viabilizado e efetivado nas situações possíveis⁽¹¹⁾.

O referencial teórico utilizado favoreceu a compreensão do impacto das estratégias na integração dos cuidados aos indivíduos acometidos por doenças crônicas, especialmente por enfatizar a coordenação como algo intrínseco a esse contexto.

O conceito empregado para a integração reconhece que é possível uma sociedade manter o mesmo nível de igualdade entre

todos, respeitando a liberdade e autonomia de cada um, com eficiência no que diz respeito aos recursos físicos, profissionais, econômicos e de gestão dos serviços. Embora seja desafiador, já que igualdade, liberdade e eficiência são passíveis de descompasso, o sistema de saúde é capaz de proporcionar atendimento de qualidade às DCNT. Outra circunstância que deve ser levada em consideração é a necessidade de cuidados cada vez mais integrados para obter um nível de excelência na assistência, ao mesmo tempo em que permite uma organização de recursos econômicos⁽⁷⁾.

Por fim, algumas fragilidades apontadas pelo estudo, relacionadas à organização da assistência, às interações profissionais, bem como aos aspectos relacionados à gestão dos serviços e que inviabilizam o atendimento de todas as necessidades da população, poderiam ser superadas com valorização, aperfeiçoamento e propagação para outros cenários do sistema de saúde das estratégias apontadas, entre elas as coordenações, que demonstraram-se sólidas e com inegável importância no DS.

Limitações do estudo

Não foi possível apontar estratégias em todas as dimensões. Por essa razão, optou-se por destacar as três dimensões presentes neste artigo, a fim de tornar a análise mais aprofundada.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Independente da lente utilizada para analisar um contexto, os profissionais de saúde devem produzir sentido às suas práticas cotidianas, para poder implementá-las. Infere-se que as coordenações, especialmente o trabalho humano por elas representado, se destacaram como ferramentas importantes para os profissionais de saúde - dentre esses o enfermeiro - e que contribuem para a obtenção de um cuidado mais contínuo e com mais qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DS compreende uma estrutura que possibilita as interações entre todos por meio de várias ferramentas para garantir uma adequada funcionalidade. Nesse sentido, as dimensões sistêmica, normativa e funcional apontaram estratégias de integração que podem favorecer a atenção às DCNT. Destacaram-se o trabalho desenvolvido pelas coordenações, a organização do DS, as coordenações informais, o POA, o sistema de informação e o serviço de gestão para o usuário.

A organização do DS e o trabalho desenvolvido pelos coordenadores facilitam o acesso aos serviços de saúde. Nesse intuito, a coordenação é uma estratégia eficaz para potencializar o cuidado em rede, especialmente quando impulsiona a cooperação entre os profissionais, otimizando o cuidado e se traduzindo, portanto, em apoio e gestão ao DS. Ressalta-se que o enfermeiro não é o único profissional que pode exercer a coordenação no DS. Entretanto, o maior quantitativo de coordenadores com essa formação e os aspectos resgatados neste estudo são indicativos de que esse profissional detém notável capacidade gerencial para exercer diferentes cargos e funções, inclusive a coordenação informal. O sistema de informação promove a articulação entre

os profissionais de saúde e os serviços, aspecto imprescindível para o cuidado no âmbito das DCNT. Por outro lado, o percurso dos indivíduos para serviços fora do DS exige maior comprometimento dos profissionais, tendo em vista que o mesmo sistema não é operante em toda a Rede. O serviço de gestão para o usuário é um importante canal de comunicação entre a população e os serviços, favorecendo o conhecimento dos cuidados oferecidos. Por fim, o POA representa uma ferramenta importante para que o cuidado possa ser ofertado com qualidade, reconhecendo-se as várias necessidades das pessoas com DCNT.

A fim de prestar um cuidado integral, são necessários vários arranjos em todo o sistema, com políticas favoráveis que priorizem o cuidado de qualidade. Além disso, as estratégias de integração identificadas somente fazem sentido com profissionais comprometidos com uma lógica assistencial na qual o cuidado é coordenado de acordo com as necessidades de saúde de cada pessoa.

FOMENTO

Este estudo é parte integrante do projeto multicêntrico coordenado pela Prof^a. Dr^a. Elizabeth Bernardino, intitulado "Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do Enfermeiro", do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF/UFPR), financiado pelo edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer aos profissionais que participaram deste estudo, e ao Prof. Dr. André-Pierre Contandriopoulos, pelo subsídio teórico e presteza em responder as nossas dúvidas no início desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Vigilância em Saúde, 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Mar 11]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
2. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21:529-32. doi:10.5123/S1679-49742012000400001
3. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud. *Enferm Clin*. 2014;24:12-7. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.001
4. Mascarenhas MDM, Barros MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde: Brasil, 2002 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24:19-29. doi: 10.5123/S1679-49742015000100003
5. World Health Organization (WHO). World health statistics 2018: Monitoring health for the sustainable development goals [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2019 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/
6. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair C. Health Systems Integration: state of evidence. *Int J Integr Care*. 2009;17:e82. doi: 10.5334/ijic.316
7. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, Rev Transdiscip Santé* [Internet]. 2001 [cited 2019 Jun 7];8(2):38-52. Available from: http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup082_038.pdf
8. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010. doi:10.5334/ijic.886
9. Valentijn PP, Boesveld IC, Klauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJW et al. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods Study. *Int J Integr Care*. 2015;15:e003. doi: 10.5334/ijic.1513
10. Evans JM, Baker GR, Berta W, Barnsley J. A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:222. doi: 10.1186/1472-6963-14-222
11. Sousa SM. Contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados no contexto das Doenças Crônicas não Transmissíveis [Tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2019.
12. World Health Organization (WHO). Integrated health services: what and why? Technical Brief [Internet]. Geneva, 2008 [cited 2019 Mar 11]. Available from: https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman. 2015.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: intqhc/mzm042
15. Rodríguez C, Contandriopoulos AP, Larouche D. Implementation evaluation of an integrated healthcare delivery initiative for diabetic patients. *Healthcare Policy* [Internet]. 2006 [cited 2019 Mar 03];1:99-120. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585338/pdf/policy-01-99.pdf>
16. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med J*. 2017;135:213-21. doi: 10.1590/1516-3180.2016.0330050117

17. Almeida PF, Oliveira SC, Giovanella L. Network integration and care coordination: the case of Chile's health system. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:2213-28. doi: 10.1590/1413-81232018237.09622018
 18. Saldiva P, Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estud Avanç*. 2018;32:47-61. doi: 10.5935/0103-4014.20180005
 19. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSSA, Silva MMA. Progress with the strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25:373-90. doi: 10.5123/s1679-49742016000200016
 20. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23:599-608. doi: 10.5123/S1679-49742014000400002
 21. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00183415. doi: 10.1590/0102-311X00183415
 22. Pinto Jr VC, Cavalcante RC, Branco KMC, Cavalcante TMB, Maia ICL, Souza NMG, et al. Proposal of an integrated health care network system for patients with congenital heart defects. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2016;31:256-60. doi: 10.5935/1678-9741.20160056
 23. Miguélez-Chamorro A, Ferrer-Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico em la comunidade. *Enferm Clín*. 2014;24:5-11. doi: 10.1016/j.enfcli.2013.12.002
 24. Cass S, Ball L, Leveritt M. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. *Aust J Prim Health*. 2014;20:203-8. doi: 10.1071/PY12118
 25. Hoepfner C, Franco SC, Maciel R A, Hoepfner AMS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saude Soc*. 2014;23(3):1091-101. doi:10.1590/S0104-12902014000300028
 26. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:546-53. doi:10.1590/0034-7167-2017-0490
 27. Bazzo-Romagnoli AP, Gimenez-Carvalho B, Almeida-Nunes EFP. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2014;13:168-180. doi: 10.11144/Javeriana.rgyys13-27.gubs
-