

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

BRENDA FOLADOR

**COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO CENTRADO NAS PESSOAS:
Perspectivas de produções científicas internacionais**

Porto Alegre

2016

BRENDA FOLADOR

**COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO CENTRADO NAS PESSOAS:
Perspectivas de produções científicas internacionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem, pela Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul - UFRGS

Orientadora: Prof. Dra. Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Lino e Andreia, pela paciência, apoio, dedicação e por serem exemplos de pessoas honestas e batalhadoras. Mãe, o seu amor faz com que eu tenha força, coragem e vontade de seguir sempre em frente. Pai, obrigada por acreditar em mim e me indicar sempre o melhor caminho, tu és a minha inspiração.

Às minhas irmãs, Mônica e Jéssica. Mônica, obrigada pelo cuidado que sempre teve comigo desde criança, lembro de quando você me cuidava quando estava com medo, do teu lado sentia que nada de ruim poderia me acontecer, tenho certeza que posso recorrer a ti sempre que precisar. Jéssica, sinto como você fosse um pedaço de mim. Tudo que conquistei até este momento, e o que vou conquistar, foi e será seguindo teus passos, tu és meu orgulho.

Às minhas amigas Kamila, Vitória, Geana, Vanessa e Deise pelos grupos de estudos, paciência, carinho e risadas. Com certeza, vocês tornaram essa trajetória muito mais alegre.

À minha orientadora professora Regina por toda compreensão, dedicação, paciência e principalmente pelo aprendizado.

RESUMO

Os cuidados de saúde centrados nas pessoas representam uma das estratégias que visam trazer melhores resultados tanto para o contexto dos serviços de saúde, através da colaboração para a integração, quanto para os usuários. Esta abordagem adota as perspectivas dos indivíduos, famílias e comunidades, considerando-os como participantes do processo de cuidado, os quais se beneficiam de sistemas de saúde que geram confiança e respondem às suas necessidades e preferências de uma forma humana e holística. Considerando o papel fundamental dos profissionais, a Organização Mundial da Saúde publicou um documento que propôs uma lista de competências no intuito de promover uma prestação de serviços coordenados e integrados entre si. As competências foram classificadas em cinco áreas de domínio, sendo uma delas o cuidado centrado nas pessoas. O objetivo deste estudo foi caracterizar a contribuição da produção científica internacional sobre cuidados centrados nas pessoas para as competências para a provisão de serviços integrados/coordenados. O método adotado foi o da Pesquisa Documental. Utilizou-se como fonte principal de pesquisa, os anais do 3º Congresso Mundial de Atenção Integrada realizado na cidade do México em novembro de 2015, devido à grande concentração de trabalhos sobre essa temática. A coleta de dados foi realizada com palavras-chave extraídas das 10 competências listadas no domínio de cuidados centrados nas pessoas. De posse dos documentos publicados no site do evento, foram analisados os resumos submetidos para apresentação oral, totalizando 78. Procedeu-se à leitura do material em quatro momentos: leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. As palavras-chave foram encontradas em 30 resumos de autores provenientes de diferentes países. Foram identificados resumos para 8 das 10 competências, sendo o maior número para a que aborda o papel do profissional no ajuste do tipo e intensidade dos serviços de saúde, de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Também houve uma concentração de trabalhos para as competências que abordam a necessidade de atentar para as multimorbidades e avaliar o prejuízo cognitivo, problemas de saúde mental, e que se refere ao planejamento da assistência dos pacientes, possibilitando sua participação no próprio cuidado. A menor frequência foi constatada para a competência que trata da incorporação, no plano de cuidados do paciente, dos seus desejos, crenças e história e da avaliação da adesão ao tratamento recomendado. Estes resultados demonstram que existem evidências para apoiar a educação e a prática profissional, na medida em que aprofundam o conhecimento necessário para o desempenho de boa parte das competências. Práticas baseadas nestas competências poderão auxiliar o profissional de saúde a ter subsídios para implementação de estratégias que

visem a melhora do funcionamento do sistema e da satisfação das pessoas com os serviços, por meio de um cuidado que considera cada indivíduo como único. A ausência de resumos que tratem de assuntos sobre a incorporação de aspectos biopsicossociais nos planos de cuidados e sobre o papel do profissional na abordagem com os familiares, cuidadores e demais membros da equipe para manter o foco no bem-estar do paciente, indicam a necessidade da realização de estudos/pesquisas.

Descritores: Competência Profissional. Assistência ao Paciente. Assistência Centrada no Paciente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Declarações Internacionais que apresentam os cuidados centrados nas pessoas .	13
Quadro 2 – Competências para a provisão de serviços integrados e coordenados relacionadas na área de domínio cuidados centrados nas pessoas.....	16
Quadro 3 – Competências e palavras-chaves elencadas	20
Quadro 4 – Resumos selecionados.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO.....	10
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3.1 Serviços Integrados de Saúde	11
3.2 Cuidados Centrados nas Pessoas.....	12
3.3 Competências Profissionais	15
4 MÉTODO	19
4.1 Tipo de Estudo	19
4.2 Primeira etapa: formulação do problema	19
4.3 Segunda etapa: elaboração do plano	19
4.4 Terceira etapa: identificação da fonte	20
4.5 Quarta etapa: localização das fontes e obtenção do material.....	20
4.6 Quinta etapa: análise e interpretação dos dados	22
4.7 Aspectos Éticos.....	23
5 RESULTADOS	24
5.1 Contribuições das produções para o desempenho das competências	26
6 DISCUSSÃO	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE A – CATEGORIZAÇÃO DOS RESUMOS	55
APÊNDICE B – QUADRO SINÓPTICO DAS INFORMAÇÕES DOS RESUMOS	56

1 INTRODUÇÃO

Para oferecer uma prestação de cuidados de alta qualidade às pessoas, para melhorar sua qualidade de vida, temos que repensar na relação entre as pessoas e os serviços que prestam os seus cuidados (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Os cuidados de saúde centrados nas pessoas vêm sendo discutidos no contexto internacional e representam uma proposta que possibilita que os profissionais de saúde, junto às instituições, forneçam uma melhor qualidade na assistência, sendo o principal objetivo ressaltar a importância da participação do usuário dos serviços nos vários setores da saúde, colocando-o em uma posição central. Essa estratégia fornece uma maior qualidade no cuidado e, como resultado, a satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Trata-se de uma abordagem que adota as perspectivas dos indivíduos, famílias e comunidades, considerando-os como participantes do processo de cuidado, os quais se beneficiam de sistemas de saúde que geram confiança e que respondam às suas necessidades e preferências de uma forma humana e holística. É um método que apoia as pessoas a terem a educação de que precisam para participar e tomar decisões referentes aos seus cuidados. Destaca-se pela forma de como se organiza, pois se dedica em atender as necessidades e expectativas das pessoas ao invés das doenças (NATIONAL AGEING RESEARCH INSTITUTE, 2006; WHO, 2007).

Diante da expectativa dos pacientes referentes aos seus cuidados, das mudanças das doenças prevalentes da população, se faz necessário que os serviços estejam preparados para receber esse ainda novo perfil das pessoas frequentadoras do sistema de saúde. Considerando o perfil demográfico e epidemiológico nacional, Veras et al (2014) destacam que os modelos de atenção precisam ser mudados, passando a ser centrados na pessoa, considerando as características peculiares que possuem. Para tal fim, a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados coordenados ao longo de um percurso assistencial.

Considera-se que os serviços não irão responder com eficiência, efetividade e qualidade a situação de saúde atual, de forte predomínio relativo das condições crônicas com sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas (MENDES, 2010).

Apesar de outros países também enfrentarem o desafio da fragmentação dos serviços, a magnitude e as principais causas são diferentes. Dentre elas encontra-se o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar e

outras culturas organizacionais contrárias à integração (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

O modelo de serviços integrados considera a utilização do método cuidados de saúde centrados nas pessoas como uma importante estratégia que visa o combate da fragmentação do cuidado. Através da adoção de serviços centrados nas pessoas e integrados, sistemas de saúde irão fornecer serviços que são de melhor qualidade, financeiramente sustentáveis e mais responsivos a indivíduos e comunidades (WHO, 2015b).

O preparo para esta adoção advém de estratégias como a da temática desse estudo e também de outras como a integração dos serviços para que ocorra o compartilhamento de informações referentes aos cuidados, uma vez que, com o novo perfil de paciente, esses passarão por diferentes serviços e profissionais da saúde.

Os profissionais atuantes são considerados fundamentais no desempenho dos serviços oferecidos à população e na implementação de tais estratégias. Portanto, visando melhorar os serviços destinados às pessoas, espera-se que os profissionais de saúde prestem cuidados de qualidade, sobretudo sensíveis às necessidades e preferências dos indivíduos. O treinamento da equipe deve adotar a abordagem centrada nas pessoas. Para isso, a educação e a formação desses profissionais devem fornecer elementos para o desenvolvimento de competências necessárias para a aplicação desse método. Devem incluir habilidades e atitudes que lhes permitam fornecer cuidados que visam ajudar as necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades (WHO, 2008).

Considerando que os profissionais de saúde são pessoas e as organizações de saúde e os sistemas são feitos de pessoas, as suas necessidades também devem ser consideradas, e eles devem ter poderes para mudar o sistema para melhor. Isto é, uma abordagem centrada nas pessoas envolve uma análise equilibrada dos direitos e necessidades, bem como as responsabilidades e capacidades de todos os integrantes e das partes interessadas do sistema de cuidados de saúde (WHO, 2007).

Diante dessa nova perspectiva de cuidado e considerando o papel fundamental dos profissionais atuantes, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015b) publicou um documento que propôs uma lista de competências destinadas aos profissionais da área da saúde no intuito de promover uma prestação de serviços de saúde coordenados e integrados entre si. Trata-se do trabalho intitulado “Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services” o qual apresentou as competências e as classificou em 5 áreas de domínios sendo que uma delas trata de habilidades com ênfase nos cuidados centrados nas pessoas.

Com base nestas considerações, este estudo buscou responder ao questionamento: os estudos a respeito dos serviços integrados e cuidados centrados nas pessoas de saúde têm contribuído para fornecer subsídios para a prática dos profissionais de saúde?

2 OBJETIVO

Caracterizar a contribuição da produção sobre cuidados centrados nas pessoas para as competências para a provisão de serviços integrados/coordenados no contexto internacional, a partir de material publicado em evento na área do cuidado integrado.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Essa revisão bibliográfica descreve as características do modelo de serviços integrados e centrados nas pessoas. Também contextualiza sobre a definição de competências e apresenta aquelas definidas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015b) sobre os cuidados de saúde centrados nas pessoas.

3.1 Serviços Integrados de Saúde

A organização dos sistemas de saúde é caracterizada pela maneira como se apresenta, podendo ser centrada na atenção às condições agudas e crônicas e também, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. A análise das duas maneiras não ocorre de maneira independente. Os sistemas fragmentados possuem a característica de se voltarem aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar sobre as condições agudas e crônicas (MENDES, 2010).

Segundo Mendes (2010) os sistemas fragmentados se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados uns dos outros, portanto não existe comunicação entre os níveis de atenção, sendo incapazes de prestar um cuidado integrado e contínuo à população.

Os padrões de saúde estão mudando, ocorreu a substituição das doenças agudas pelas doenças crônicas como diabetes, depressão, doenças cardiovasculares e deficiências. Esta tendência aliada ao crescimento do número de pessoas idosas ao longo do tempo continuará, representando um grande desafio para os sistemas de saúde. Aumenta a necessidade das pessoas terem constante contato com vários profissionais do sistema de saúde, também a procura de cuidados em diferentes instituições, exigindo-se a adoção de novas estratégias para o acompanhamento desses pacientes, assim evitando a duplicidade dos serviços e a perda de informações importantes referente ao cuidado (WHO, 2007).

Essa mudança no perfil epidemiológico e demográfico, tanto no Brasil quanto no mundo, tem evidenciado a necessidade de reformar os sistemas de saúde para atender às necessidades dos usuários (COSTA, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008) define os serviços integrados de saúde como: “a gestão e a prestação de serviços de saúde para que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do

tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde”. Tem o objetivo de oferecer aos pacientes serviços de fácil acesso e com qualidade.

É caracterizado por se concentrar em fornecer atendimento em tempo oportuno, centrado no paciente e adequado às pessoas, para alcançar a melhoria da saúde e bem-estar, com valorização dos recursos gastos (WHO, 2008).

Os cuidados integrados são vistos como uma solução para a fragmentação e descontinuidade. O foco está na continuidade, coordenação do cuidado, gestão da doença, boa comunicação entre os profissionais e os serviços, compartilhamento de informações dos pacientes, e a eliminação da duplicação de exames e procedimentos. Segundo Lluch e Abadie (2013), essa integração clínica exige principalmente que haja melhorias nos sistemas de registros dos pacientes.

3.2 Cuidados Centrados nas Pessoas

As expectativas da comunidade com relação à prestação de cuidados de saúde estão alterando. As pessoas esperam que o sistema de saúde, as instituições e os profissionais adotem uma abordagem mais humana e holística dos cuidados, na qual o indivíduo é visto e respeitado como uma pessoa inteira, com necessidades multidimensionais. Trata-se de uma abordagem que considera um dos fatores que vem sendo cada vez mais enfatizado: a satisfação do paciente (WHO, 2007).

Diante disso, há uma procura de maneiras de tornar os serviços mais responsivos ao público. Percebe-se a demanda trazida pelos usuários por serviços mais eficientes. Contudo, as necessidades de mudanças evidenciadas são muitas vezes ignoradas, como, por exemplo, o envolvimento do paciente no seu próprio cuidado. Sendo que tal evidência já demonstrou que aumenta a satisfação dos pacientes e também se apresenta como clinicamente e economicamente eficaz (WHO, 2007).

Tais transformações são necessárias, caso contrário os cuidados de saúde se tornarão cada vez mais fragmentados, ineficientes e insustentáveis. É preciso ocorrer melhorias na entrega dos serviços, adotando o método de serviços integrados e cuidados centrados nas pessoas, para que os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e que atendam às suas necessidades e expectativas, tornando-se mais sustentáveis e responsivos. Os benefícios da transição para tais métodos estão bem documentados sendo alguns deles o aumento do acesso aos serviços, diminuição dos custos, equidade, aumento da satisfação com

cuidado, melhoria da relação entre pacientes e profissionais que prestam assistência, entre outros (WHO, 2015a).

Esta estratégia apresenta uma visão de que há melhorias na entrega dos serviços, através do aumento do acesso aos serviços que prestam cuidados de uma forma que abrange e responde às necessidades e preferências dos indivíduos, que sejam coordenados ao longo do percurso assistencial e que sejam seguros e eficientes, atendendo em tempo hábil, com qualidade, ao longo de toda a vida (WHO, 2015b).

A necessidade desse novo método de cuidado tornou-se uma importante questão global e foi identificado como integrante dos atributos de qualidade do cuidado de saúde. Mas enquanto se abordam questões de qualidade e de cuidados de saúde holística, há desafios de saúde mais amplos. A abordagem centrada nas pessoas atende a estes desafios, reconhecendo que, antes das pessoas se tornarem pacientes protagonistas, eles precisam ser informados e capacitados sobre a promoção e proteção de sua própria saúde. Precisa-se chegar a todas as pessoas, famílias e comunidades para além do ambiente clínico (WHO, 2007).

Apesar de ser um assunto considerado novo, tanto no contexto nacional quanto no internacional, os princípios e valores que orientam essa estratégia foram discutidas em declarações internacionais desde o movimento dos direitos humanos, ocorrido há meio século atrás. Como destacado na tabela a seguir:

Quadro 1 - Declarações Internacionais que apresentam os cuidados centrados nas pessoas.

1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos
1978	Declaração de Alma Ata
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)
1995	Declaração e Plataforma de Ação de Pequim Conferência Mundial sobre a Mulher Declaração 'Ilhas Saudáveis' de Yanuca
1997	Declaração para o Desenvolvimento da Saúde na Ásia Região Sudeste no século 21
1999	Declaração de Copenhague sobre Desenvolvimento Social
2000	Declaração do Milênio das Nações Unidas

Fonte: WHO (2016).

Os direitos e os deveres das pessoas de participarem de todos os acontecimentos de suas vidas têm sido enfatizados e discutidos no setor da saúde. As implicações destes valores são de que as pessoas têm o direito e o dever de participar da formulação do seu cuidado e principalmente na tomada de decisões no que se refere a todas as etapas do seu tratamento, ou

seja, não cabe apenas para as questões de tratamento e gestão, mas também nas questões mais amplas como no planejamento e implementação dos cuidados de saúde (WHO, 2015a).

Por se tratar de um tema em desenvolvimento, ainda não existe uma definição consensual do termo. É utilizado para se referir a diferentes princípios e atividades. Sob sua perspectiva, entende-se que se o cuidado deve ser centrado nas pessoas, o que aparecer de demandas irá depender das necessidades, circunstâncias e preferências de cada indivíduo. Neste caso, é importante salientar que o desnecessário ou indesejável para uma pessoa pode não ser para outra, também que os cuidados poderão mudar ao longo do tempo (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), tal termo é bastante confundido com a expressão “cuidados de saúde centrados no paciente”. Contudo, estes não podem ser considerados sinônimos, pois o termo “cuidados de saúde centrados nas pessoas” melhor considera o paciente como protagonista do seu cuidado em todos os níveis do sistema de saúde, podendo concluir então que esse abrange o primeiro conceito.

O objetivo geral dessa estratégia se destina a alcançar melhores resultados aos indivíduos, famílias, comunidades, profissionais de saúde, organizações de saúde e para o sistema de saúde como um todo (WHO, 2007).

É uma nova maneira de pensar, fazendo com que as pessoas vejam os serviços de saúde como parceiros no planejamento, desenvolvimento e acompanhamento do cuidado, certificando-se de que está ocorrendo o atendimento das suas necessidades. Em suma, isso significa que as pessoas e as suas famílias estão sendo colocadas no centro das decisões, passando a ser vistas como especialistas do seu cuidado, trabalhando ao lado dos profissionais para obterem os melhores resultados (WHO, 2007).

Atingir as metas das estratégias defendidas nesse trabalho ofereceria amplos benefícios sociais, devido à reorientação da prestação de serviços de saúde para um modelo que enfatiza a co-produção de cuidados.

Trata-se de uma estratégia de melhoria do cuidado que traz o paciente ao centro, ou seja, tiramos o foco dos procedimentos técnicos em si e passamos a considerar que as pessoas são muito além das doenças que possuem e que essas têm o direito de participar do processo do seu cuidado, por esse fazer parte da sua vida. Contudo, sabe-se que o cuidado prestado atualmente ainda possui grandes desafios até alcançar esse nível de qualidade.

3.3 Competências Profissionais

O termo competência tem se apresentado sob diversas concepções (BERNARDINO, 2010; AUED, 2016). De um modo geral, essa palavra é utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma tarefa (FLEURY, 2001). É a capacidade comportamental de agir apropriadamente, utilizando o conhecimento previamente adquirido (QUINN, 2012; LOWEN; PERES; CROZETA, 2015).

Ao abordar esse conceito, também se deve lembrar da definição dada por Fleury: “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo” (FLEURY, 2000). As aplicações dos estudos sobre competência têm influenciado a formação para o trabalho e, conseqüentemente, o desempenho do trabalhador.

Quando se refere à formação dos indivíduos e suas experiências profissionais, sua definição diz respeito a um saber agir responsável, reconhecido pelos outros, que compreende o saber mobilizar, integrar, transferir os saberes, recursos e habilidades em um determinado contexto profissional (BOTERF, 1999; AUED, 2016).

Desde a década de 1970, o termo é objeto de estudo e discussão na área da educação e do trabalho. Foi uma época em que os psicólogos passaram a testar as competências das pessoas ao invés da inteligência (BARRY; BATTEL-KIRK; DEMPSEY, 2012).

O conceito de competência evoluiu em três dimensões distintas: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes (FLEURY, 2001). Esse conjunto se explica devido à consideração de aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos presentes em uma atividade laboral, sendo cada um necessário para a conclusão de uma determinada tarefa. O conhecimento se refere a um conjunto de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, através das quais lhe permitem ver o mundo; habilidade é a capacidade de aplicar o conhecimento assimilado com o objetivo de conseguir um propósito definido e a atitude tem relação com os aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho, que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho (DURAND, 1998).

A evolução na noção de competência tem acontecido para o entendimento de que não se restringe somente ao ambiente de trabalho, portanto, em certa medida deixa de se limitar à execução das tarefas de um cargo, dimensões, cognitiva, profissional e individual. Nos últimos anos, têm aparecido como uma maneira de repensar nas interações entre as pessoas portadoras de saberes e capacidades e as organizações com suas demandas no campo dos processos de trabalho essenciais e processos relacionais (relações com clientes, fornecedores e

os próprios trabalhadores), as quais tiveram profundas modificações qualitativas nos últimos anos (RUTHES; CUNHA, 2008).

A capacidade de formar profissionais competentes, comprometidos com a melhoria das práticas profissionais, se apresenta como um desafio às instituições de ensino superior (BATISTA; PEREIRA; GRAÇA, 2012). Segundo, Marinho e Santos (2012) há necessidade de que os currículos dos cursos estejam sintonizados à realidade para a qual se prepara o futuro profissional.

Tal fato se apresenta como uma preocupação, pois os profissionais atuantes são considerados fundamentais no desempenho dos serviços oferecidos à população (WHO, 2015a).

Os profissionais deverão estar aptos para desenvolver, dentro do seu âmbito profissional, ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, no nível individual e no coletivo (WITT; ALMEIDA; ARAÚJO, 2006).

Em vista disso, o documento sobre competências apresentado pela WHO (2015a), tendeu explorar e auxiliar os trabalhadores da área da saúde indicando os requisitos para uma força de trabalho competente para a obtenção de serviços de saúde coordenados e integrados.

Um conjunto de competências foi criado para a provisão de serviços integrados e coordenados e foram organizadas em 5 áreas de domínios intitulados: (1) defesa do paciente; (2) Comunicação Efetiva; (3) Trabalho em equipe; (4) Cuidados centrados nas pessoas; (5) Aprendizado continuado. Considerando o tema e o objetivo dessa pesquisa, o quadro 2 descreve quais foram as competências elencadas do quarto domínio.

Quadro 2 – Competências para a provisão de serviços integrados e coordenados relacionadas na área de domínio cuidados centrados nas pessoas.

<p>Competência 1</p>	<p>Compreender que o planejamento de uma assistência eficaz requer várias conversas com o paciente e as outras partes, ao longo do tempo.</p>
<p>Competência 2</p>	<p>Prestar assistência ao paciente que seja oportuna, adequada e eficaz para tratar problemas de saúde e promover saúde.</p>

<p>Competência 3</p>	<p>Fazer triagem de multimorbidade e avaliar a deterioração cognitiva, problemas de saúde mental, o uso arriscado, nocivo ou dependente de substâncias, além de dano ao próprio paciente ou aos outros, abuso, negligência e violência doméstica.</p>
<p>Competência 4</p>	<p>Avaliar as características da família do paciente (se for o caso), apoio social e outros recursos socioeconômicos que têm impacto sobre a saúde do paciente.</p>
<p>Competência 5</p>	<p>Determinar e regular o tipo e intensidade de serviços de acordo com as necessidades do paciente, garantindo assistência em tempo hábil e não cumulativo.</p>
<p>Competência 6</p>	<p>Equilibrar plano assistencial com intervenções biopsicossociais.</p>
<p>Competência 7</p>	<p>Incorporar desejos, crenças e a história do paciente como parte do plano assistencial, minimizando as chances de chegar ao ponto na qual pressuposições de doença e tratamento ocultam essas necessidades expressas.</p>
<p>Competência 8</p>	<p>Administrar pareceres alternativos e divergentes da família (se for o caso), dos cuidadores, amigos e membros da equipe multidisciplinar para manter o foco no bem-estar do paciente.</p>
<p>Competência 9</p>	<p>Empregar intervenções focadas para envolver pacientes e aumentar o seu desejo de melhorar a saúde e aderir a planos de assistência (entrevista motivacional, terapia para aumento motivacional).</p>

Competência 10	Avaliar a adesão ao tratamento de forma não-crítica.
---------------------------------	--

Fonte: WHO (2015b).

De um modo geral, os profissionais da área da saúde deverão adaptar suas formas de assistência de acordo com as características de cada pessoa, desenvolvendo a sensibilidade de perceber cada indivíduo como único. O foco de sua atenção deverá ser a pessoa e não mais a doença, transformando a relação de cuidado na medida em que o indivíduo se torna sujeito ativo de seu tratamento (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; TADDEO et al 2012).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo utilizou o método da pesquisa documental proposta por Gil (2010). Esse método possui semelhanças com a pesquisa bibliográfica por ambas utilizarem dados já existentes, no caso deste estudo, documentos publicados em um congresso internacional.

Esse método de pesquisa é composto por seis etapas: formulação do problema, elaboração do plano de trabalho, identificação das fontes, localização das fontes e obtenção do material, análise e interpretação dos dados e redação do relatório.

4.2 Primeira etapa: formulação do problema

Para a formulação do problema foi realizado um levantamento bibliográfico inicial e após um aprofundamento a respeito da temática escolhida.

Os estudos realizados levaram a formulação do seguinte questionamento: os estudos a respeito dos serviços integrados e cuidados centrados nas pessoas têm contribuído para fornecer subsídios para a prática dos profissionais de saúde?

4.3 Segunda etapa: elaboração do plano

Conforme previsto no plano, por meio da análise documental, foram examinados os resumos do Congresso ocorrido em novembro de 2015. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016, após a disponibilização dos trabalhos no site do evento pelos organizadores. De posse destes documentos, procedeu-se à leitura do material em quatro momentos: leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa. Na leitura exploratória, os resumos foram lidos na íntegra com o objetivo de buscar relação entre o conteúdo destes e as competências elencadas. Nesta etapa, foi realizada a seleção dos documentos, tendo em vista o critério de inclusão de que a temática em estudo estivesse presente. Após a definição dos documentos, foi realizada a leitura analítica para a ordenação e o agrupamento dos dados. Após, procedeu-se à leitura interpretativa, quando se buscou agrupar as informações obtidas.

4.4 Terceira etapa: identificação da fonte

O presente estudo utilizou como fonte principal de pesquisa os anais do 3º Congresso Mundial de Atenção Integrada realizado na cidade do México em novembro de 2015. A escolha dessa fonte foi devido à concentração de estudos recentes sobre a temática em estudo.

O 3º Congresso Mundial sobre Cuidados Integrados foi promovido pela Fundação Internacional de Cuidados Integrados (IFIC), em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), a Secretaria de Saúde do México, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Colégio Nacional de Especialistas em Medicina Integrada (CONAEMI). Teve como objetivo a troca de conhecimento, experiência e novas ideias de concepção e prestação de serviços de saúde integrados.

4.5 Quarta etapa: localização das fontes e obtenção do material

Os resumos do congresso foram encontrados no site do evento (<http://integratedcarefoundation.org/>) e publicados no International Journal of Integrated Care, volume 15, número 8 de 2015.

As submissões dos trabalhos no evento foram divididas de duas maneiras: 78 resumos foram apresentados na forma oral e 38 no formato de pôster. Esse trabalho considerou somente aqueles enquadrados na primeira opção, devido conter informações mais detalhadas dos trabalhos.

Para a coleta dos dados, foram eleitos um conjunto de palavras-chave selecionadas com base nas competências relacionadas acima. Essas palavras foram mantidas no idioma inglês para a facilitação da coleta dos dados, uma vez que os resumos apresentados nos anais também estavam nesse idioma. A procura pelas palavras-chave também levou em consideração o seu significado, pois muitas vezes não foram encontradas as palavras-chave com a grafia exata estabelecida, mas com termos cujos significados se aproximavam a essas palavras.

Quadro 3 - Competências e palavras-chaves estabelecidas.

Competências	Palavras-chave
Comprehend that effective care planning requires several discussions with the	Care Planning; Discussions with the patient;

patient and other parties, over time.	
Provide patient care that is timely, appropriate, and effective for treating health problems and promoting health.	Care timely/appropriate;
Screen for multi-morbidity and assess cognitive impairment, mental health problems including risky, harmful or dependent use of substances and harm to self or others, abuse, neglect, and domestic violence	Multi-morbidity; Mental health problems; Dependent use of substances; Harm to self or others; Abuse; Neglect; Domestic violence;
Assess the nature of the patient's family (if appropriate), social supports and other socio-economic resources that impact on patient's health.	Social supports; Nature of the patient's family;
Match and adjust the type and intensity of services to the needs of the patient, ensuring the timely and unduplicated provision of care.	Needs of the patient; Intensity of services; Unduplicated provision of care;
Balance care plan with bio-psycho-and social interventions.	Care plan; Bio-psycho-and social interventions;
Incorporate the patient's wishes, beliefs and their history as part of care plan, while minimizing the extent to which provider preconceptions of illness and	Patient's wishes; Patient's beliefs; Patient's history;

treatment obscure those expressed needs.	
Manage alternative and conflicting views from family (if appropriate), carers, friends and members of the multidisciplinary team to maintain focus on patient well being.	Manage alternative views from family; Manage alternative views from friends; Manage alternative views from members of the multidisciplinary; Patient well being;
Use focused interventions to engage patients and increase their desire to improve health and adhere to care plans (motivational interviewing; motivational enhancement therapy).	Engage patients; Adhere to care plans; Motivational interviewing;
Assess treatment adherence in non-judgmental manner	Assess treatment adherence; Non-judgmental manner;

Fonte: WHO (2015b).

Para guiar a coleta, foi utilizado um instrumento (Apêndice A) que foi aplicado em cada trabalho coletado com o objetivo de categorizar os resumos, identificar a obra consultada, registrar e ordenar as ideias relevantes para o estudo.

As informações coletadas foram organizadas nesse quadro que contou com os seguintes itens: palavra chave pelo qual o resumo foi encontrado; título; autores; instituição de ensino/serviço de saúde; país do estudo; eixo principal; palavras-chave do resumo; tipo de estudo; tema abordado; objetivo e implicações para a prática profissional.

4.6 Quinta etapa: análise e interpretação dos dados

As informações extraídas das fichas foram agrupadas em um quadro (Apêndice B) contendo os itens mais relevantes para a análise dos documentos. Neste quadro foram sintetizadas as contribuições das produções científicas para as competências elencadas.

Durante a análise dos dados foram encontradas mais de uma palavra-chave de uma mesma competência em um resumo, também palavras-chave de diferentes competências em

um mesmo resumo. Diante disso, no intuito de contribuir para a análise dos dados, para cada resumo foi atribuído um número. Com isto, pode-se evidenciar quais resumos estão contemplados em mais de uma palavra-chave.

4.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa levou em consideração os aspectos éticos, assegurando a autoria dos trabalhos utilizados, colocando a citação e as referências dos autores através das normas da ABNT.

O projeto de pesquisa foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ – EEUFRGS), sendo aprovado em 02/12/2015.

5 RESULTADOS

Para essa pesquisa foram selecionados 30 do total de 78 resumos, pois em 48 não foram identificadas palavras-chaves, nem palavras semelhantes. Como se trata de um evento internacional, o congresso contou com a participação de trabalhos de diferentes países. Dos 30 selecionados, sete são do México, quatro da Austrália, três do Brasil, três do Canadá, três dos Estados Unidos da América, dois da Espanha, dois da Irlanda, dois da Nova Zelândia, um da Suíça, um da Inglaterra, um da Argentina e um do Equador.

Para cada resumo, inclusive aqueles que não foram selecionados, foram atribuídos números de 1 a 78, sendo que alguns trabalhos foram selecionados por mais de uma palavra-chave, da mesma competência ou não.

Quadro 4 - Resumos selecionados.

Competências	Palavras-chave	Resumos	Total de resumos
Competência 1	Care Planning	11 - 47 - 71	8
	Discussions with the patient	7 - 33 - 36 - 43 - 50 - 71	
Competência 2	Care timely/appropriate	3 - 13 - 47	3
	Health Promotion	13	
Competência 3	Multi-morbidity	6 - 8 - 9 - 26 - 46 - 49 - 64	9
	Mental Health	2 - 58	
	Dependent use of substances	-	
	Harm to self or others	-	
	Abuse	-	
	Neglect	-	
	Domestic violence	-	
Competência 4	Social supports	49	2
	socio-economic resources	41	

	Nature of the patient's family	49	
Competência 5	Needs of the patient	8 - 65 - 75	11
	Intensity of services	3 - 5 - 10 - 18 - 20 - 50 - 57 - 75 - 76	
	Unduplicated provision of care	-	
Competência 6	Care plan	-	0
	Bio-psycho-and social interventions	-	
Competência 7	Patient's wishes	36	1
	Patient's beliefs	36	
	Patient's history	-	
Competência 8	Manage alternative views from family	-	0
	Manage alternative views from friends	-	
	Manage alternative views from members of the multidisciplinary	-	
	Patient well being		
Competência 9	Engage patients	-	4
	Adhere to care plans	8 - 9 - 37 - 73	
	Motivational interviewing	73	
Competência 10	Assess treatment adherence	37	1
	Non-judgmental manner	-	

Fonte: elaborado pela autora.

5.1 Contribuições das produções para o desempenho das competências

Do profissional da saúde espera-se que possa compreender que o planejamento da assistência requer várias discussões com os pacientes ao longo do tratamento. Com relação ao planejamento eficaz, a participação e o empoderamento das pessoas podem resultar em melhorias na saúde, no atendimento fornecido, na experiência do paciente e redução dos custos com a saúde (APARICIO; VAZQUEZ CURIEL, 2015).

As discussões com os pacientes foram abordadas como uma colaboração entre o profissional e o paciente, colocando o usuário em uma posição central (COOPER et al, 2015b), discussões com os médicos sobre tratamentos acessíveis (MOHARRA et al, 2015), participação no processo de tomada de decisão (SILVA; AGRELI; PEDUZZI, 2015), participação e empoderamento das pessoas (APARICIO; VAZQUEZ CURIEL, 2015; ORMROD, 2015; KOPANSKY-GILES et al, 2015).

Além disso, foram apresentadas estratégias como cursos para profissionais e usuários a fim de fornecer uma visão geral das iniciativas globais da Organização Mundial da Saúde sobre a participação e o empoderamento dos pacientes, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados centrados nas pessoas e serviços integrados de saúde (APARICIO; VAZQUEZ CURIEL, 2015).

Discussões com outras partes ao longo do tempo compreendem a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade, mais precisamente entre o hospital e a atenção primária, também relacionado como um método que alcança um planejamento mais adequado da assistência ao paciente. Por meio deste contato, foram fornecidas informações sobre o paciente, melhorando o entendimento às prioridades e por fim o planejamento de uma assistência eficaz, com base nas necessidades de cada pessoa (DAY; WITT; ROSSET, 2015; SAMPALLI et al, 2015).

Prestar assistência oportuna, adequada e eficaz para o tratamento de problemas de saúde requer do profissional contemplar aspectos subjetivos na relação médico-paciente, a experiência humana no processo de adoecer, as características individuais de cada um, conhecendo-o de modo integral, encontrar um manejo em comum junto com o paciente perante os problemas apresentados por este, considerando que o cuidado é uma responsabilidade compartilhada, realizar a promoção da saúde e fazer o uso adequado do tempo e dos recursos (DELGADO DOMÍNGUEZ, 2015).

A atenção primária à saúde organizada em serviços nos sistemas de saúde é considerada um locus privilegiado para a promoção da saúde. Baseado nesta premissa, o

governo Irlandês propôs um modelo que prioriza a integração e o cuidado tratado no menor nível de complexidade assegurando uma assistência segura, pontual, eficiente e perto de casa (CARROLL; TWOMEY, 2015).

É preciso também que o profissional forneça um cuidado integral o qual exigirá atenção às multimorbidades, incluindo problemas de saúde mental, o uso dependente de substâncias, entre outros fatores. Com isto, atentar para as multimorbidades é relevante porque são obtidos melhores resultados quando as pessoas compreendem sobre o cuidado que recebem e estão envolvidas no seu planejamento (WHITE et al, 2015).

Pessoas com comorbidades tendem a consultar com vários profissionais de saúde ao mesmo tempo. Por isto, é necessário desenvolver modelos eficazes de cuidados que podem atender as necessidades específicas dessas pessoas. No entanto, existe uma prevalência de cuidados que adotam uma abordagem focada na doença (SAMPALLI; DICKSON, 2015).

Há uma crescente preocupação com a qualidade dos cuidados oferecidos a essas pessoas. Pesquisas vêm sendo desenvolvidas para a implementação de estratégias que se comprometem a obter melhorias nos resultados dos indivíduos e do sistema como um todo. Uns dos fatores que contribuem para isso é a facilitação do acesso aos serviços de saúde e assistência social. Uma das linhas de implementação da estratégia inclui o desenvolvimento de elementos necessários para o reforço da coordenação dos cuidados; também a identificação dos casos, compartilhamento de registros eletrônicos únicos entre os serviços dos diferentes níveis e o fortalecimento dos cuidados primários como gestores e coordenadores dos cuidados dos usuários do sistema e dos recursos sociais e de saúde (GONZÁLEZ et al, 2015).

Os cuidados destinados às pessoas com comorbidades deverão ser entregues na atenção primária, adotando os princípios dos cuidados centrados nas pessoas. A adoção dessa estratégia traz uma melhor relação de custo para o sistema e melhora a gestão do atendimento à pacientes com necessidades de cuidados complexos (COOPER et al, 2015a). Este é o caso de pessoas com HIV, especialmente em áreas de alta endemicidade que enfrentam uma ampla gama de comorbidades, tais como a tuberculose e diabetes, bem como consequências sociais, econômicas e psicológicas graves (SERAG, 2015; DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015b; DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015a).

Nestes casos, para o alcance de melhores resultados de saúde propõe-se o planejamento e integração das atividades destinadas às pessoas com HIV e tuberculose, promoção da busca intensiva de tuberculose em pessoas com HIV e garantia do controle de infecção em estabelecimentos de saúde e locais onde há concentração de pessoas (DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015a).

Pessoas que têm condições crônicas de saúde são mais propensas a terem depressão e ansiedade. Para a prevenção dessas comorbidades são necessárias estratégias como campanhas de saúde pública para reduzir o tabagismo, melhorar a dieta e aumentar adesão à atividade física (TYNAN, 2015).

No caso das pessoas com sofrimento psíquico, os cuidados deverão incluir a avaliação das necessidades individuais e a adesão de uma abordagem integral, utilizando o modelo de cuidados centrados nas pessoas (BASSETT; WHITE; COOMBS, 2015).

O cuidado centrado nas pessoas estabelece também que o profissional avalie a estrutura da família do paciente, apoios sociais e outros recursos socioeconômicos que têm impacto sobre a saúde das pessoas. Um programa destinado às pessoas com doenças crônicas foi criado com o objetivo de melhorar os resultados de saúde desses pacientes. A estratégia considera que para um bom desempenho o profissional deverá adotar um método que considera o contexto social, cultural e econômico do paciente (NAUMANN et al, 2015). O papel da família e o apoio social são fundamentais para o planejamento dos cuidados, particularmente quando envolvem cuidados às pessoas com HIV, o que impacta positivamente no seu bem-estar geral (SERAG, 2015).

A maioria dos serviços de saúde do mundo enfrenta o problema da fragmentação (CHITASHVILI, 2015). Parte desse problema está vinculada a falta de comunicação entre os serviços e de uma coordenação dos cuidados ineficiente. Diante disso, existe uma supersaturação dos níveis mais complexos e as pessoas que foram atendidas nesses lugares carecem de uma falta de continuidade dos cuidados (DIAZ, 2015).

No México, foi detectado que a nível nacional há uma falta de regulamentação sobre a articulação entre os diferentes níveis de atenção, dificultando o trânsito adequado do paciente de acordo com sua necessidade clínica (MOLINA CUEVAS et al, 2015).

Espera-se também que o profissional ajuste o tipo e a intensidade dos serviços de acordo com as necessidades de saúde do paciente, a fim de evitar a duplicação dos serviços e consequentemente garantir um cuidado seguro e adequado. Estas providências são necessárias para garantir o acesso aos cuidados centrados nas necessidades das pessoas (DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015a). Porém, no México, observa-se uma isolada oferta de serviços no segundo e terceiro nível destinado às pessoas que precisam de cuidados paliativos, associada a falta de coordenação entre os níveis de atenção (REYES GUTIÉRREZ, 2015).

Considera-se que a melhoria na gestão dos recursos, na reorganização do sistema interno e no poder de resolução da unidade requer reforços no nível dos cuidados primários evitando, assim, a saturação nos demais níveis (DIAZ, 2015). O governo da Irlanda criou um

modelo de atenção que prioriza o tratamento dos pacientes nos menores níveis de complexidade (CARROLL; TWOMEY, 2015). No Equador, foi implementado uma nova política que adota a estratégia da atenção primária para a reorganização do sistema, como preconiza a Organização Mundial da Saúde (DUEÑAS-ESPÍN et al, 2015). A necessidade da adoção destes modelos tem sido relacionada a alguns resultados.

Na Irlanda, internações hospitalares poderiam ser evitadas caso houvesse um fortalecimento da atenção primária do local (TWOMEY, 2015). Na Austrália, usuários dos serviços de saúde mental voltaram a apresentar episódios agudos da doença devido à falta de apoio adequado na comunidade local para atender suas necessidades específicas (WHITE; WHEELER; LAZARUS, 2015).

No Brasil foi criado um programa denominado Rede de Atenção à Saúde. Este visa satisfazer as necessidades dos usuários, da família e da comunidade. A atenção primária tem o papel de coordenador da rede possuindo também como finalidade destinar o paciente ao local adequado para o seu problema de saúde (SILVA; AGRELI; PEDUZZI, 2015).

Na região sul do Brasil um estudo observou que a comunicação entre o hospital da região e a atenção básica proporcionou a continuidade dos cuidados e a devida atenção às necessidades dos pacientes, uma vez que foi identificado os problemas de saúde das pessoas pelos profissionais do hospital e repassados aos trabalhadores da atenção básica. Tal método colaborou na adequação dos cuidados e conseqüentemente melhorou a satisfação do paciente perante o sistema, fazendo com que passassem a procurar a atenção básica ao invés da emergência hospitalar (DAY; WITT; OELKE, 2015).

Os profissionais da saúde também deverão incorporar nos planos de cuidados os desejos, crenças e história dos pacientes. Um programa projetado e desenvolvido na web com a participação de profissionais da área da saúde de diferentes especialidades contemplou tal aspecto. O projeto teve como objetivo oferecer aos pacientes a melhor evidência científica através de conteúdos como: informação em saúde, opções de tratamento adequados, testes sobre valores e preferências dos pacientes, perguntas frequentes, entre outros (MOHARRA et al, 2015).

É preconizado também que o trabalhador use intervenções focadas em envolver os pacientes e melhorar a adesão aos planos de saúde propostos através de estratégias. Entre as atividades preconizadas, encontra-se o incentivo para a aderência ao tratamento medicamentoso sugerido (KAMAL et al, 2015; DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015b; DÁVILA; CASTELLANOS; GARCÍA, 2015a).

Na Suíça, um programa que utilizou entrevistas de motivação melhorou a adesão do paciente, como também o conhecimento do paciente sobre sua condição, a autonomia, maior satisfação com os serviços e diminuição do número e duração das internações (KAMAL et al, 2015).

Uma forma de avaliar a adesão do paciente quanto ao tratamento, foi abordada em um programa de saúde Argentino. A estratégia visa o controle e a gestão das doenças crônicas. Cada paciente realiza seu registro no programa e após isso um profissional da área da saúde contata essas pessoas com intuito de incluí-la no projeto. São realizados contatos com uma certa frequência, através disso, é construído um vínculo entre o trabalhador e o usuário do programa. Uma das funções é determinar as condições dos pacientes com relação à dieta e a prática de exercício físico, como também irá avaliar a adesão ao tratamento e a ida em consultas e realização de exames (MOYANO, 2015).

6 DISCUSSÃO

Existe uma ênfase na literatura a respeito da importância da participação do paciente nas decisões acerca de sua saúde. Para isso, é necessário que haja um processo educativo que ajude os pacientes a desenvolverem conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumirem efetivamente a responsabilidade de decidirem sobre seus cuidados (FESTE; ANDERSON, 1995; TADDEO et al, 2012). A informação, o envolvimento e a responsabilização das pessoas, faz com que esses interajam com os profissionais de saúde por meio da realização de ações que produzam resultados de saúde (WAGNER, 1998; TADDEO et al, 2012). Essa qualificação da participação do paciente contribui de maneira mais eficaz para o planejamento da assistência realizada pelos profissionais que resultam em melhorias no atendimento, portanto na experiência do paciente frente ao processo que tem vivenciado.

A responsabilidade atribuída às pessoas denomina-se empoderamento, e este viabiliza que o usuário realize discussões com os profissionais sobre o tratamento, sendo esta uma das características para a adoção do método de cuidados centrados nas pessoas. Segundo Schermerhorn, Hunt e Osborn (2005), o empoderamento é o processo pelo qual os profissionais de saúde, que no caso detém o poder, favorecem que os usuários adquiram o poder necessário (empoderamento da informação) para tomar decisões que afetam a si ou sua vida. Contudo, não se deve considerar o poder apenas nos níveis mais altos, mas como algo que pode ser compartilhado por todos. Isto possibilita que sejam realizadas discussões com os profissionais sobre o tratamento proposto, participando da tomada de decisão acerca dos seus cuidados.

O fornecimento da informação ao usuário tem o objetivo de deslocá-lo da categoria de receptor e colocá-lo como ator central do processo de apropriação, ou seja, passa da categoria de receptor passivo da informação a um ser ativo e participativo (ALMEIDA JÚNIOR, 2009).

O cuidado empoderador é uma atividade proporcionada pelo profissional que permite à pessoa adquirir conhecimentos sobre si mesmo e daquilo que a cerca, podendo exercer mudanças no seu ambiente e na sua própria conduta, sendo que o conhecimento e o acesso às informações são imprescindíveis para a realização de escolhas (TADDEO et al, 2012).

A informação deverá ser fornecida de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural do usuário, respeitados os limites éticos por parte dos profissionais, sempre com a finalidade de esclarecer os riscos e benefícios que implicarão ao usuário (BRASIL, 2011). Nessa situação, ressalta-se a importância da mediação

pelo profissional de saúde, adotando sempre um padrão subjetivo a cada usuário, proporcionando que a pessoa tenha o acesso cognitivo da informação mediada. Portanto, a informação necessita da adequação à pessoa, uma vez que a transmissão a um indivíduo pode não ser entendida pelo outro da mesma maneira (LEITE et al, 2014).

Quanto à discussão do tratamento com cada usuário, o profissional deverá adaptar o plano de cuidado de acordo com os valores e expectativas psicológicas e sociais de cada um, sem se basear em fórmulas padronizadas. Os usuários devem ser considerados únicos e o consentimento com a adequada informação deve basear-se não só na escolha de uma melhor alternativa científica, mas na melhor alternativa para aquela pessoa (COELHO et al, 2008).

Quando são fornecidas as informações - sejam relacionadas aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros -, essas são compreendidas como “coisa” informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, empoderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde (LEITE et al, 2014).

É fundamental a participação de todos os profissionais na prática educativa durante atenção fornecida ao usuário. Essa atividade orienta, tira as dúvidas e estimula a confiança na relação profissional-paciente, assim como torna os usuários indivíduos conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento (TADDEO et al, 2012).

É através da educação que as pessoas formam a consciência crítica e a autonomia. Faz-se necessária a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, uma vez que o objetivo final não é somente a compreensão da informação, mas o incentivo para que as pessoas definam os seus próprios problemas, encontrando as melhores soluções para si (FREIRE, 2005).

O profissional de saúde poderá dispor de espaços para o diálogo com a comunidade, propiciando a identificação das necessidades que levam a uma intervenção em virtude do que a comunidade precisa, contando com seu protagonismo (BECKER et al, 2004). Para isso, exige-se dos profissionais a promoção e o incentivo a verbalização dos problemas e necessidades dos usuários e comunidade, o que irá depender de várias discussões em conjunto, ao longo do tempo.

Nesse sentido, ações intersetoriais, envolvimento do controle social e escuta às necessidades dos usuários podem ser articuladas no contexto, visando também o estabelecimento de compromissos e projetos para a melhoria das condições do acesso da população aos serviços locais de saúde (TADDEO et al, 2012).

Dentre os resultados apresentados nesse estudo é reforçado a necessidade de capacitação dos profissionais quanto as estratégias que promovam o engajamento das pessoas nos processos que envolvem sua saúde. Cursos de capacitação foram citados no intuito de fornecer aos trabalhadores uma visão geral da estratégia criada pela Organização Mundial da Saúde para a obtenção de serviços integrados, com fornecimento de cuidado humanizado, considerando o método de cuidados centrados nas pessoas. Trata-se de um método que não é novo, pois vem sendo discutido anteriormente em congressos, porém pouco estudado quanto as atividades que promovam tal assunto.

O método de cuidados centrados nas pessoas também consideram importante o papel da realização de promoção da saúde nos serviços. O profissional deverá adotar essa estratégia com o objetivo de favorecer o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo a maior participação do usuário. É uma combinação de ações que incluem o desenvolvimento de habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde, reforço da ação comunitária, políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis (WHITEHEAD, 2009).

Essa prática exige que o profissional realize a capacitação das pessoas para aprender, durante a vida, e prepará-las para todas as etapas, como lidar, por exemplo, com a doença crônica ou a preparar-se para as causas externas que afetam a sua saúde (MCQUEEN; SALAZAR, 2011).

Entretanto, na maioria das vezes, os profissionais confundem o conceito de promoção da saúde com o de prevenção de doenças. Porém, para a efetivação das atividades promotoras da saúde, é necessário a devida compreensão dessa temática (SHIH et al, 2011).

A promoção da saúde e a assistência oportuna, adequada e eficaz podem ser direcionadas para determinados grupos - como o das pessoas com doenças crônicas, de idosos, de adolescentes e de crianças. É realizado através do enfoque educativo, contudo, percebe-se que muitas vezes ocorre de uma forma preventiva com transmissão unidirecional de conhecimento, retirando o foco da promoção da saúde (HEIDEMANN; ALMEIDA, 2011; HEIDEMANN et al, 2015).

A concepção de promoção da saúde influencia a prática do profissional que, quando compreende bem, se efetiva por meio de ações que contemplam o conceito mais amplo de promoção da saúde, como o da qualidade de vida. Estudos na área da enfermagem abordam que vem ocorrendo o direcionamento da atuação de modo a desenvolver uma visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural da população, como também conhecer, compreender e considerar os determinantes sociais de saúde como indicadores que ampliam

ou reduzem as vulnerabilidades dos grupos populacionais (JACKSON, 2013; HEIDEMANN, 2015).

Diversas intervenções estão envolvidas na promoção da saúde, com atuação desde a clínica até o contexto dos determinantes sociais e políticos do processo saúde-doença que deve estimular o empoderamento dos múltiplos atores sociais (OSORIO; ÁLVAREZ, 2013). É preciso reflexão por parte dos profissionais sobre a crescente complexidade técnica necessária para planejar, implementar e avaliar as suas atividades. Devem adquirir habilidades para interpretar e sintetizar os dados e informações em saúde e operar em estruturas organizacionais complexas (WARRAB; MANNA; KELAHER, 2013).

Os profissionais da atenção básica têm importante participação na realização da promoção da saúde. Esses têm a função de fornecer cuidados que promovam a melhoria da qualidade de vida das pessoas com atividades preventivas – prevenção de doenças e complicações acerca das doenças pregressas – e promotoras da saúde. Esta estratégia vem sendo proposta para que internações nos demais níveis de complexidade sejam evitados, assegurando um maior fornecimento de cuidados nos menores níveis contribuindo para uma assistência mais segura, eficiente e perto de casa.

O fornecimento do cuidado de uma forma integral atentando para os casos de multimorbidades, incluindo problemas de saúde mental, uso dependente de substâncias, entre outros, também é contemplado nas competências. Em relação a atenção em saúde mental, os sujeitos deverão ser compreendidos em sua totalidade, com base nos aspectos sociais, políticos e históricos, sua relação com a família, comunidade e sociedade (MATTOS, 2004; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

Também para esta competência, é essencial haver diálogo entre os usuários e profissionais de saúde, para a compreensão de tais aspectos, para que sejam desenvolvidos em conjunto projetos terapêuticos pautados nas necessidades apresentadas. Com isto, garantimos que haverá uma atenção progressiva em saúde mental em uma perspectiva não só assistencial, mas também integral percebendo o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

Isso reforça o que trata um dos estudos selecionados para esse trabalho, pois o fornecimento dos cuidados deverá incluir a avaliação por parte do profissional das necessidades individuais que o usuário apresenta, também por meio de um cuidado que contempla o indivíduo como um todo, ou seja, adotando uma perspectiva de cuidado integral, através do método de cuidados centrados nas pessoas.

Estudos nessa área evidenciam que essas mudanças no fornecimento dos cuidados requerem a incorporação de novos saberes e práticas elaborados sob a ótica e a participação dos usuários, sem prescindir de seu protagonismo na construção de seu projeto terapêutico. Isso requer a compreensão sobre as ações e os serviços ofertados pela rede de atenção de saúde mental (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

No caso das multimorbidades e doenças crônicas discute-se a questão da adesão ao tratamento, pois esta oportuniza o controle efetivo. Contudo, é difícil identificar a falta de adesão, assim como quantificá-la, porém, existem evidências de que está relacionada diretamente com a mudança do estilo de vida (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

A escassez de resumos identificados neste estudo em relação à adesão reforça a recomendação de outros autores sobre a necessidade do desenvolvimento de trabalhos que identifiquem com que frequência e quais são os motivos da não-adesão à terapêutica, contribuindo, assim, para a detecção de dificuldades e/ou problemas relacionadas à atenção prestadas pelos profissionais e serviços (GIROTTO, 2008; LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

Para a atenção às multimorbidades e a avaliação dos prejuízos cognitivos e de saúde mental, há necessidade de cuidados em diferentes serviços da rede de atenção. Portanto, é necessária atenção no processo de acompanhamento desses usuários nos diversos serviços com o objetivo de fornecer cuidados integrados e não duplicados de acordo com suas necessidades.

Referindo-se às pessoas com comorbidades, essas precisam do desenvolvimento de modelos de cuidados que atendam às suas necessidades específicas, contudo o modelo atual que prevalece é o que adota a abordagem focada nas doenças em que as intervenções fornecidas estabelecem esquemas que muitas vezes são inalcançáveis pelos usuários, pois não incorporam aspectos subjetivos dos indivíduos que influenciam no seu entendimento, adesão e/ou acesso.

Como evidenciado nos resultados deste estudo, é atribuído à Atenção Primária da Saúde a identificação das necessidades de atendimento especializados, coordenação das referências para profissionais adequados e a garantia da continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos pacientes que percorrem os níveis de atenção no sistema de saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006), sendo esse papel relevante na atenção de tais morbidades.

Estudos sobre a coordenação dos cuidados se faz necessária. A atenção primária à saúde (APS) ocupa uma posição de destaque na coordenação dos cuidados na agenda política

de vários países que se propõe a buscar fortalecer a atenção nesse nível como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde (CONILL; FAUSTO, 2007).

Os sistemas de saúde que possuem melhores resultados são os que têm uma APS qualificada e fortalecida, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, oferecendo um alcance de maior equidade, maior eficiência na continuidade da atenção e dos usuários (STARFIELD, 2002; ANDRADE et al., 2012).

As competências também consideram que a avaliação da estrutura da família do paciente, apoios sociais e outros recursos socioeconômicos têm impacto sobre a saúde das pessoas. Diante disso, a estratégia dos cuidados centrados nas pessoas estabelece que o profissional atente para tal função com o objetivo de gerenciar a formulação dos cuidados destinados ao usuário para o seu bem-estar. Estratégias que envolvem o papel da família e o apoio social têm sido criadas e tem demonstrado serem fundamentais no planejamento dos cuidados dos usuários dos serviços. Também aspectos que contemplam o contexto social, cultural e econômico no plano de cuidados são indicadores de um bom desempenho no fornecimento de cuidados pelo profissional.

Os estudos sobre o apoio social têm contemplado diversos aspectos e contextos diferenciados de vida, como a prevenção ou diminuição do agravamento de doenças, à melhora da qualidade de vida e, especialmente, à preocupação com o indivíduo, por meio de atitudes humanistas e integradoras (LANDIM et al, 2006; MACPHERSON, 2009).

O profissional deverá fortalecer o trabalho de apoio social com o objetivo de buscar perspectivas contributivas para a saúde e para o fortalecimento das relações interpessoais, também para favorecer o conhecimento de cada paciente por parte dos profissionais de saúde, de possibilitar novas alternativas de tratamento e intervenção, e de facilitar o enfrentamento da doença, assim como de propiciar uma possível reinserção (MENESES; SARRIERA, 2005; FONTES, 2007). Segundo Duarte (2010), a reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação do paciente para exercer seu direito à cidadania.

Para o paciente que está no processo de recuperação, o exercício da cidadania permitirá o resgate de uma rede social, no momento, inexistente ou comprometida por consequência da própria doença ou por motivos estabelecidos durante a vida, como por exemplo a falta de comunicação clara e congruente, a indefinição de papéis, a ausência de regras e de limites, os conflitos e a presença de atitude agressiva (FONTES, 2007; KERN et al, 2009).

O profissional também deverá ajustar o tipo e a intensidade dos serviços de acordo com as necessidades de cada paciente, com a garantia do fornecimento adequado e não

duplicado de cuidados. Para isso, é necessário que os serviços estejam capacitados e organizados quanto as suas funções, e também integrados e articulados entre si.

Da gestão do sistema público são exigidos a adesão e o empenho de sujeitos capazes de operacionalizar ações e serviços que visem a integração dos níveis de atenção a fim de garantir resolutividade de acordo com as necessidades dos usuários (RANDOW, 2011).

Contudo, os sistemas de saúde ainda funcionam de forma fragmentada que geram consequências para a população, destacando-se os problemas de iniquidade e ineficiência na prestação do cuidado, duplicidade de funções, desarticulação da rede de atenção, acarretando dificuldade no acesso aos serviços, resultando em descontinuidade e fragmentação do cuidado (CONILL; FAUSTO, 2007; SILVA; ANDRADE, 2014).

Este trabalho selecionou estudos que trazem a questão da fragmentação. Trata-se de um problema enfrentado por grande parte dos países. Parte deste está associada à falta de comunicação entre os serviços e da coordenação eficiente dos cuidados, trazendo consequências para o sistema de saúde como um todo.

Portanto, considera-se fundamental a articulação dos serviços de saúde com especificidades diferenciadas, sendo que a atenção primária se apresenta como estratégia capaz de trazer direcionamento e reorganização do modelo assistencial de saúde (RANDOW et al, 2011). Essa articulação traz benefícios para os pacientes principalmente quanto ao trânsito deste entre os diferentes serviços, permitindo que seja atendido no local adequado devido sua necessidade.

A função da Atenção Primária à Saúde (APS) é alcançar um grau de resolubilidade de ações que se propõe a evitar o agravamento das situações de saúde, com vistas a reduzir a evolução de agravos que poderão demandar uma atenção em um nível maior de complexidade (SILVA, 2011). Neste caso, este estudo reitera o fortalecimento da APS como estratégia para evitar internações.

A atenção básica deverá funcionar como porta de entrada para o SUS. Contudo, o primeiro atendimento, muitas vezes, acontece nos serviços de urgência que, algumas vezes, não asseguram a devida resolubilidade, devido à ineficiência de orientações e estratégias para garantir ao paciente a continuidade da assistência nos demais níveis de atenção ou nos demais equipamentos sociais da rede (CARVALHO, 2008).

Sabe-se que não se trata somente de um problema nacional, como constatado em trabalhos apresentados por autores de outros países, pois há uma concentração da procura por serviços dos níveis mais complexos, ocorrendo uma supersaturação destes. Isto decorre da

falta de informação sobre o que cada serviço está proposto e capacitado a oferecer e também quanto ao predomínio de atividades destinadas para a cura em detrimento das preventivas.

Nos serviços de Atenção Básica, verificam-se alguns padrões de utilização dos serviços de saúde, dentre eles destaca-se: a utilização simultânea de serviços de saúde como, por exemplo, a atenção básica e um pronto atendimento como uma forma de confirmar o diagnóstico ou o tratamento proposto; também a utilização de vários serviços da rede de atenção (unidade básica, PA, Pronto Socorro de um hospital) num mesmo dia ou numa mesma semana para o mesmo problema de saúde (MISHIMA et al, 2010).

A duplicação de funções também acontece quando a atenção é ofertada mais de uma vez ao mesmo paciente por um serviço de saúde diferente daquele que vinha utilizando, dando continuidade à atenção com fins de diagnóstico, tratamento e/ou reabilitação de um mesmo episódio (ORTEGA; INFANTE; PALACIOS, 2004; MISHIMA et al, 2010).

Embora tenham sido significativos os resultados para esta competência, quando utilizada a palavra-chave “Unduplicated provision of care” foi localizado apenas um resumo. Esta é a situação da literatura sobre o tema, pois é escassa a produção sobre duplicação na utilização de serviços devido o grau de desconhecimento sobre esse problema, assim como às características e situações vivenciadas pelos pacientes, pelos prestadores de serviço e pelos serviços relacionados (ORTEGA; INFANTE; PALACIOS, 2004; MISHIMA et al, 2010).

A competência de que trata sobre a consideração, durante a elaboração do plano de cuidados, de aspectos como desejos, crenças e história do paciente, justifica-se devido a necessidade do paciente ser visto como um todo, com características particulares, em que os cuidados fornecidos consideram o contexto em que ele está inserido. Esta contribui para a efetivação dos cuidados de saúde centrados nas pessoas, sendo necessária a sua realização de modo a contemplar a múltipla dimensionalidade das pessoas, isto é, não se deve atentar somente ao aspecto da doença.

Os cuidados deverão contemplar o físico, o psicológico e o espiritual. Esta última dimensão permitirá que o profissional identifique os valores que dão sentido à vida das pessoas e das significações que para além dela geram esperança. Faz parte da totalidade do ser humano, todavia as pessoas tendem a mobilizá-la e a expressá-la de forma mais intensa quando experimentam situações de crise. Neste caso, a pessoa que irá realizar o cuidado terá que compreender que a responsabilidade de cuidar deverá promover a realização das necessidades das pessoas de modo integral, já que, o cuidar deve contemplar as dimensões do corpo, da mente e do espírito para promover a totalidade humana (BOFF, 1999; SOUZA; MAFTUM; BAIS, 2008).

A manifestação dessa dimensão é expressa por meio de crenças, valores, atitudes, sentimentos. É constituído por uma perspectiva de recursos internos que o ser humano possui e que mobiliza quando necessita enfrentar situações de crise (HUF, 1999; SOUZA; MAFTUM; BAIS, 2008).

Para o cuidar do ser humano em sua multidimensionalidade é necessário acolher a manifestação de questionamentos existenciais relativos à religiosidade, existência de Deus, fé, destino, transcendência, significado do sofrimento, da dor e da morte, sentimentos expressados pela pessoa ao perceber sua vida ameaçada (HUF, 1999).

O envolvimento dos pacientes no seu próprio cuidado, passando a serem agentes ativos no processo de recuperação e manutenção da sua saúde, também é objeto das intervenções dos profissionais quando se trata da adesão ao tratamento. O papel do profissional no acompanhamento das pessoas é de fazer com que o paciente aumente seu desejo em melhorar sua saúde, por exemplo, com estratégias como as entrevistas motivacionais.

Para isto, a disseminação de programas como o que vem sendo construído para a melhora desse aspecto, conforme relatado neste estudo, contribuindo para a recuperação da saúde das pessoas que necessitam seguir um padrão ou se adaptar a determinadas situações. Estas estratégias visam conhecer as condições das pessoas, aumentar sua autonomia e satisfação perante os serviços e os profissionais.

Estratégias para promover a adesão têm sido implementadas, dentre as quais, salientam-se as atividades educativas, organizacionais e as diretas com os pacientes e/ou cuidadores, partindo do princípio de conhecer a etiologia, o tratamento e o prognóstico (FERREIRA, 2006).

Também o vínculo entre a equipe de saúde e os pacientes é um dos elementos que geram a motivação nas pessoas em aderirem ao tratamento recomendado (GIROTTI, 2008). Tal enfoque foi mencionado em um dos resumos contemplados neste trabalho, visto que incentiva o usuário verbalizar fatores que podem influenciar a sua adesão ou não.

Quanto a terapia medicamentosa, a adesão ao tratamento depende da concordância entre o profissional e o paciente. A literatura reconhece que é preciso ocorrer um acordo entre ambos na definição de um plano de cuidados que inclua os desejos, as crenças e preferências do paciente. Para tanto, o profissional deverá entender como é a vida do paciente, esclarecer os benefícios do tratamento, bem como a importância da corresponsabilidade do tratamento construído em conjunto (PESINATO, 2015).

Ações de saúde como as orientações, o acesso a informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional (SILVEIRA; ROBEIRO, 2005; LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011), são resultados de uma abordagem que promove o envolvimento das pessoas e o seu melhor entendimento sobre questões da sua saúde, conscientizando-os sobre a relevância da participação através também da adesão aos esquemas terapêuticos. Diante disso, a maior adesão acontece, uma vez que o tratamento estará sendo construído em conjunto e através do conhecimento do profissional sobre aspectos da vida do indivíduo, adaptando o recurso terapêutico a situação de cada pessoa.

De modo geral, fatores como a terapêutica estabelecida, o sistema, a equipe de saúde, o indivíduo, além de fatores socioeconômicos estão ligados a adesão ao tratamento. Uma vez entendido que a mudança do estilo de vida do paciente está relacionada as crenças e aos comportamentos apreendidos pelas pessoas na convivência social é preciso considerar a subjetividade e experiência vivenciada de cada pessoa como aspectos que influenciam na adesão ao tratamento e no processo de adoecer. Portanto, o conhecimento das crenças, mostra os indicadores da adesão, a identificação dos grupos mais vulneráveis, contribuindo para um cuidado mais adequada para aquela pessoa (PIRES; MUSSI, 2008; LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

O tratamento de forma indiscriminada dos pacientes com a mesma doença é uma condição que contribui para a aderência. Ao mesmo tempo recomenda-se a individualização da terapêutica, ou seja, pacientes que possuem o mesmo diagnóstico podem receber tratamentos diferentes, considerando suas individualidades (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

A equipe interdisciplinar tem grande contribuição no aumento da adesão, pois o paciente recebe as mesmas informações de diferentes maneiras, sendo que as diferentes categorias de trabalhadores da área da saúde poderão atentar para possíveis dificuldades encontradas pelo paciente em seguir as diretrizes traçadas. Fazer o paciente entender o tratamento proposto, a importância e a necessidade da manutenção é função da equipe e não somente de um profissional. (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011).

Segundo Lustosa, Alcaires e Costa (2011), falta na formação dos profissionais da área da saúde informações sobre a área da comunicação e da escuta da subjetividade do ser humano, o que auxiliaria estes profissionais no aumento de condições de atendimentos adequados. Muitas vezes, o profissional fala um linguajar inacessível ao paciente, que se sente, em contrapartida, constrangido com sua “ignorância” frente ao profissional.

Aderir a terapia constitui um comportamento dinâmico, isto é, as pessoas não são aderentes e, sim, estão aderentes. A partir disso, concretiza-se a necessidade de tornar cada vez mais acessível aos serviços de saúde a compreensão da dimensão, consequências e estratégias para identificar e reduzir este problema de saúde (JORDAN et al., 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Embora amplamente discutido na literatura são poucos os estudos que relacionam métodos que ajudem o profissional a avaliar a adesão dos pacientes. Métodos de avaliação diretos como, por exemplo, dosagem do fármaco ou metabólitos no plasma, na saliva ou urina, e indiretos como a contagem de comprimidos, avaliação de resultados, opinião do profissional e questionários têm sido descritos. (CORRER; OTUKI, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica apresentada no 3º Congresso Mundial de Atenção Integrada evidenciou contribuição para 8 das 10 competências, para a provisão de serviços integrados e coordenados, classificadas no domínio de cuidados centrados nas pessoas do referencial preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

Foi evidenciada maior contribuição para as competências que tratam do ajuste do tipo e intensidade dos serviços de acordo com as necessidades do paciente para a garantia da assistência em tempo hábil, da atenção às multimorbidades, avaliação da deterioração cognitiva, problemas de saúde mental e sobre a participação do paciente no planejamento dos seus cuidados por meio de discussões com os profissionais sobre possibilidades de tratamento. Foram encontrados menor quantidade de trabalhos para as competências que abordam a avaliação da adesão ao tratamento e a integração no plano de cuidados dos desejos, crenças e a história dos pacientes.

Não foram identificados trabalhos que contivessem conteúdo relacionado às competências que preconizam a inserção no plano de cuidados das intervenções biopsicossociais e da administração dos pareceres alternativos e divergentes da família, cuidadores, amigos ou membros da equipe multidisciplinar.

Para a discussão com os pacientes e outras partes visando o planejamento da assistência, diferentes perspectivas foram apresentadas, tais como a participação, o empoderamento, a colaboração entre o profissional e o paciente e a participação no processo de tomada de decisão.

A fim de prestar uma assistência oportuna, adequada e eficaz, nos trabalhos foram enfatizadas influências de aspectos como a relação entre o profissional e o paciente, a consideração das características individuais de cada pessoa, o fornecimento do cuidado de maneira integral, a responsabilidade compartilhada e o uso adequado do tempo e dos recursos, tendo a atenção primária como um lugar privilegiado para a promoção da saúde.

Quanto a competência que trata sobre às multimorbidades, foi constatado que são obtidos melhores resultados quando os indivíduos estão envolvidos nos seus cuidados. No caso das pessoas com comorbidades, devido à necessidade de atendimento por diferentes especialidades, o desenvolvimento de modelos eficazes de cuidados são necessários por meio, por exemplo, do reforço da coordenação dos cuidados pela atenção primária e do compartilhamento de registros eletrônicos entre os serviços. A mesma competência se refere à atenção aos problemas psíquicos, sendo que os cuidados deverão ser entregues conforme as

necessidades individuais de cada um e com a adoção de uma abordagem integral. Apesar de ter havido bastante contribuição para essa competência, para os assuntos sobre o uso arriscado, nocivo ou dependente de substâncias, dano ao próprio paciente ou aos outros, abuso, negligência e violência doméstica não foram encontrados trabalhos.

Os autores reafirmaram o reconhecimento de que para o planejamento dos cuidados, é fundamental considerar o papel da família e o apoio social. Para a avaliação das características da família do paciente, apoio social e outros recursos socioeconômicos foi apresentada uma estratégia que considera o conhecimento do contexto social, cultural e econômico do paciente.

Também foram discutidos problemas que deverão ser enfrentados pelos profissionais em sua prática, quanto à determinação e regulação do tipo e intensidade dos serviços de acordo com as necessidades do paciente e para a garantia de uma assistência em tempo hábil e não cumulativo, tais como a falta de comunicação e articulação entre os serviços e da coordenação dos cuidados, dificultando o trânsito dos pacientes entre os diferentes níveis de acordo com sua necessidade clínica, muitas vezes gerando supersaturação dos níveis mais complexos. Como estratégia, foram sugeridas melhorias para a reorganização do sistema e para o poder de resolução por meio de reforços no nível dos cuidados primários.

Também foi apresentado um instrumento para a incorporação desejos, crenças e a história do paciente no plano de cuidados, com a criação de um programa que abrange tais aspectos.

Duas competências estão relacionadas à adesão do paciente, relacionadas à intervenção para melhoria da adesão e outra sobre a avaliação da adesão. Destaca-se a criação de um programa que utiliza estratégias como entrevistas de motivação e o incentivo à aderência ao tratamento medicamentoso. Uma estratégia para a avaliação também foi apresentada, um programa que tem como um dos objetivos o vínculo com o usuário, como forma de facilitar a avaliação.

A análise dos trabalhos apresentados no evento permitiu conhecer o que está sendo produzido em vários países e relacionar o conteúdo dos trabalhos apresentados com as competências preconizadas para os cuidados centrados nas pessoas, embora não tenha sido possível identificar trabalhos para duas delas. Para uma melhor compreensão a respeito desta lacuna seria necessário ampliar o escopo deste estudo, incluindo também a produção científica publicada em outros meios. No entanto, sinaliza-se para a necessidade de que se sejam desenvolvidos mais estudos para embasar o desempenho dos profissionais nestas áreas.

Os conteúdos identificados contribuem para instrumentalizar os profissionais de saúde na sua prática nos serviços de saúde, tendo a atenção primária como um local de referência. Poderá contribuir, também, para a formação profissionais e para o desenvolvimento de atividades educativas, tanto na relação entre os profissionais quanto com os usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JÚNIOR, O.F. Mediação da informação e múltiplas linguagens. **Pesquisa Brasileira em Ciência da informação e biblioteconomia**, Paraíba, v. 2, n. 1, p. 89-103, 2009.
- ANDRADE, L.O.M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 845-902.
- ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; FONSECA, C.D. A estratégia de saúde da família. In: _____. **Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde: medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 88-100.
- APARICIO, K; VAZQUEZ CURIEL, E. Engaging and empowering for health, sharing the experiences. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México City. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2407/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.
- AUED, G.K. et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n.1, p. 142-149, Feb. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100142&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2016.
- BARRY, M.M; BATTEL-KIRK, B; DEMPSEY, C. The CompHP core competencies Framework for health promotion in Europe. **Health education & behavior**, Califórnia, v. 39, n.6, p. 648-62, 2012. Disponível em: <<http://heb.sagepub.com/content/39/6/648>>. Acesso em 16 jun. 2016.
- BASSETT, L.J; WHITE, A; COOMBS, S.M. Sydney North shore Beaches ‘Partners in Recovery’ – a local model of consumer directed and people centred integrated mental health care. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2329/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.
- BATISTA, P.M.F; PEREIRA, A.L; GRAÇA, A.B.S. A (re)configuração da identidade profissional no espaço formativo do estágio profissional. In: NASCIMENTO, J. V; FARIAS, G.O.(Org.). **Construção da identidade profissional em educação física: da formação à intervenção**. Florianópolis: Ed. da UDESC, 2012. p. 81-111.
- BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004.
- BERNARDINO, E; FELLI, V.E.A; PERES, A.M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 349-53, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/17875/11665>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- BOFF, L. **Saber cuidar: a ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARROLL, Á; TWOMEY, V. Delivering integrated care on a national scale: Future, Health and Wellbeing. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2330/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

CARVALHO, B.K.L. A rede de urgência em Belo Horizonte - MG - Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 275-8, 2008.

CHITASHVILI, T. Rationale for improving integrated service delivery: reduced cost and improved care in Georgia. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2333/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

COELHO, L.C.D. et al. Conflitos éticos na revelação de informações – parte II. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 73-82, 2008.

CONILL, E.M; FAUSTO, M.C.R. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: Intercâmbio Euro Social Salud, 2007.

COOPER, H.M. et al. Gold Coast Integrated Care Shared Care Record. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015a. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2334/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

COOPER, H.M. et al. Gold Coast Integrated Care: Enabling partnerships. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015b. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2335/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

CORRER, C.J; OTUKI, M. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 434 p.

COSTA, L.S. et al. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 76-82, dez 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun 2016.

DÁVILA, Y; CASTELLANOS, M; GARCÍA, M. Advancement of the national strategy for integrated care in Tuberculosis and Diabetes Mellitus in Mexico, 2015. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** International Journal of Integrated Care, 2015b. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2338/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DÁVILA, Y; CASTELLANOS, M; GARCÍA, M. National strategy of integrated care for tuberculosis and HIV co-infection in Mexico, progress in 2015. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México City. **Anais eletrônicos...** London: International

Journal of Integrated Care, 2015a: Disponível em:

<<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2337/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DAY, C.B; WITT, R.R; OELKE, N.D. Enhancing patients value through Integrated Care Transitions. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city.

Anais eletrônicos... London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2339/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DAY, C.B; WITT, R.R; ROSSET, I. A Model of integrated care: an experience developed in the South of Brazil. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2340/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DELGADO DOMÍNGUEZ, C. Using the clinical method of person-centered care in patients a System of Integral Attention to Health of the University of Veracruz. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2341/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DIAZ, J.J. Program in Health Management and Integration of Chronic Disease / Programa de Gestión e Integración en Salud de Enfermedades Crónicas. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em:

<<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2348/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DUARTE, P.V. **Redes sociais**. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília (DF): SENAD, 2010.

DUEÑAS-ESPÍN, I. et al. Demographics and clinical determinants of integrated care usage in social security patients: an Ecuadorian experience. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em:

<<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2367/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

DURAND, T. Forms of incompetence. In: FOURTH INTERNATIONAL CONFERENCE ON COMPETENCE-BASED MANAGEMENT, 1998, Oslo. **Anais...** Oslo: Norwegian School of Management, 1998.

FERREIRA, E.A.P. Adesão ao Tratamento em Psicologia Pediátrica. In CREPALDI, M. A; LINHARES, M. B. M; PEDROSA, G. B. (Org). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FESTE, C; ANDERSON, E.M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient education and counseling**, Irlanda, v. 26, n. 1-3, p. 139-144, 1995.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. especial, p. 183-96, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552001000500010>. Acesso em: 16 jun. 2016.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A. **Estratégias empresariais e formação de competências**: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo: Atlas, 2000.

FONTES, B.A.S.M. Redes sociais e saúde: Sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa (PB), v. 26, p. 87-104, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 45. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIROTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da Família**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2008.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, A.I. et al. The development of a successful integrated care model. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2356/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

HEIDEMANN, I.T.S.B. et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 152-159, Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200152&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 mai. 2016.

HEIDEMANN, I.T.S.B; ALMEIDA, M.C.P de. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorporate health promotion. **Public Health Nursing**, Boston (EUA), v. 26, n. 2, p. 159–67, 2011.

HUF, D.D. **A Assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. 1999. Tese. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 1999.

JACKSON, S.F. et al. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington (EUA), v.34, n.6, p. 473–80, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24569978>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

JORDAN, M. S. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: Revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P.R; PAIVA, V; SHIMMMA, E (Org). **Tá Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS, Universidade de São Paulo/ Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo/Coordenação Estadual de DST/AIDS, 2000.

KAMAL, S. et al. Medication Adherence Programme at PMU Lausanne - A case study on People Centred and Integrated Health-Care Services (PCIHCS) Approach. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2409/>>. Acesso em: 18 jun 2016.

KERN, R.S. et al. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 35, n. 2, p. 347-361, 2009.

KOPANSKY-GILES, D. et al. Enhancing Primary Healthcare Delivery in the Inner City Through Interprofessional Team Work and Service Innovation In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em:

<<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2364/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

LANDIM, F.L.P. et al. Redes sociais informais no cotidiano das famílias de uma comunidade da periferia de Fortaleza. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba (PR), v.11, n.1, p.16-23, 2006.

LE BOTERF, G. **De la compétence: essai sur un attracteur étrange**. Paris: Editions d'Organisation, 1999.

LEITE, R.A.F. et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661-672. Dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai 2016.

LEITE, S.N; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 775-782, 2003.

LLUCH, M; ABADIE, F. Exploring the role of ICT in the provision of integrated care - Evidence from eight countries. **Health Policy**, Amsterdam, v.111, n. 1, p. 1-13, 2013. Disponível em: http://ac.els-cdn.com.ez45.periodicos.capes.gov.br/S0168851013000699/1-s2.0-S0168851013000699-main.pdf?_tid=aa48c584-ff4f-11e5-b80c-00000aacb361&acdnat=1460315513_64816fd5f886fc6aa97a65281fe3fb35. Acesso em: 16 jun. 2016.

LOWEN, I.M.V. et al. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 964-970. Dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600964&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun. 2016.

LUSTOSA, M.A; ALCAIRES, J; COSTA, J.C da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 mai. 2016.

MACPHERSON, M. Psychological causes of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 35, n.2, p. 284-286, 2009.

MARINHO, A; SANTOS, P. M. Estágios curriculares nos cursos de bacharelado em Educação Física. In: NASCIMENTO, J. V; FARIAS, G. O (Org.). **Construção da identidade profissional em educação física: da formação à intervenção**. Florianópolis: Ed. da UDESC, 2012. p. 235-261.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MCQUEEN, D.V; SALAZAR, L.D. Health promotion, the Ottawa Charter and ‘developing personal skills’: a compact history of 25 years. **Health Promotion International**, Oxford, v. 26, n.2, p. 194-201, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 847 p.

MENESES, M.P.R; SARRIERA, J.C. Redes sociais na investigação psicossocial. **Aletheia**, Canoas, v. 21, p. 53-67, 2005.

MISHIMA, S.M. et al. (In)Satisfação dos usuários: duplicação e uso simultâneo na utilização de serviços na Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p. 766-773, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai. 2016.

MOHARRA, M. et al. Shared Decision making: a new step forward in improving decision making process. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2368/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

MOLINA CUEVAS, V. et al. Implementation experiences of a mexican model of comprehensive care for major chronic diseases. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2411/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

MOYANO, F. Innovation and integration for Impact - Playing today a leading role in tomorrow's health. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2369/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

NATIONAL AGEING RESEARCH INSTITUTE. **What is person-centered health care?** Melbourne: Victorian Government Department of Human Services, 2006.

NAUMANN, C. et al. Patients at Risk: Innovation and Integration in Action. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2373/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

OLIVEIRA, R.F de; ANDRADE, L.O.M de; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mai. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas**. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS, 2008.

ORMROD, K. Making a Difference: Patient Centred, Integrated Care in a General Practice Setting. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais**

eletrônicos... London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/2374/>>. Acesso em 19 jun. 2016.

ORTEGA, J.L; INFANTE, C; PALACIOS, E.T. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes In: BOSI, M.L.M; MERCADO, F.J (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 337-62.

OSORIO, A.G; ÁLVAREZ, C.V. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Atención Primaria**, Espanha, v. 45, n. 7, p. 384–92, 2013.

PESINATO, R.M. et al. Adesão ao tratamento de pacientes com fatores de risco cardiovascular em ambulatório da Zona Sul de São Paulo Revista, **Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 185-9, jul-set 2015.

PIRES, C.G.S; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Sup 2, p. 2257-2267, 2008.

QUINN, R.E. et al. **Competências gerenciais**: a abordagem de valores concorrentes na gestão. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RANDOW, R.M.V. et al. Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. especial, p. 904-12, 2011.

REYES GUTIÉRREZ, A. Models of Palliative Care Service and Social Determinants of Health: Setting Integration Service in the National Health System of Mexico. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. London: **Anais eletrônicos...** International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2412/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n. 1, p. 109-12, 2008.

SAMPALLI, T. et al. Development of a quality framework to facilitate effective care transitions from hospital to home. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. London: **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2379/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SAMPALLI, T; DICKSON, R. A case study approach and application of a modified value-stream mapping methodology to improve patient engagement in the management of complex chronic conditions. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: < <http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2378/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SCHERMERHORN, J.R; HUNT, J.G; OSBORN, R.N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SERAG, H. et al. Mediating pathways between HIV+ status and excellent overall health among Kenyan women: family functioning, meaningfulness of life, social support and the need for integrated care. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015,

México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: < <http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2381/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SHIH, S.C. et al. Health information systems in small practices improving the delivery of clinical preventive services. **American Journal of Preventive Medicine**, Holanda, v. 41, n. 6, p. 603-9, 2011.

SILVA, J.A.M; AGRELI, H.L.F; PEDUZZI, M. The Health care network for integrated care in Brazil. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: < <http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2382/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

SILVA, R.M da; ANDRADE, L.O.M de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mai. 2016.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 2753-62, 2011.

SILVEIRA, L.M.C; RIBEIRO V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.91-104. Fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>. Acesso em 16 jun. 2016.

SOUZA, J.R; MAFTUM, M.A; BAIS, D.D.H. Nursing care facing the recognition of patients' belief or religion: undergraduates' perceptions. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1525/375>>. Acesso em 16 jun. 2016.

STARFIELD, B. Is patient-centered care the same as person-focused care? **Permanent Journal**, Portland (EUA), v.15, n.2, p. 63-69, 2011.

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2923- 2930. Nov. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 16 jun. 2016.

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple**: What everyone should know about person-centred care. London, 2014.

TWOMEY, V. Prediction Modelling and Risk Stratification for Chronic Disease for care coordination on a national scale: A Systematic Review. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2389/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

TYNAN, W.D. Integrating Health and Mental Health Services in the US / Integración de la Salud y Servicios de Salud Mental en los EE.UU. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2390/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

VERAS, R.P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.2, p. 357-365. Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em 18 jun. 2016.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, Philadelphia (EUA), v. 1, n.1, p. 2-4, 1998.

WARRAB, D.J; MANNA, R; KELAHER, M. A lot of the things we do people wouldn't recognise as health promotion: addressing health inequalities in settings of neighbourhood disadvantage. **Critical Public Health**, London, v. 23, n.1, p. 95-109, 2013.

WHITE, A.A; WHEELER, M; LAZARUS, G. People centred, community based integrated care - the perfect mental health recovery journey partner. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: <<http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2397/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

WHITE, J. et al. Testing integrated care service models for patients with complex care needs using simulation modelling. In: WORLD CONGRESS ON INTEGRATED CARE, 3., 2015, México city. **Anais eletrônicos...** London: International Journal of Integrated Care, 2015. Disponível em: < <http://www.ijic.org/articles/abstract/10.5334/ijic.2396/>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

WHITEHEAD, D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and 'general' health promotion. **International journal of nursing studies**, Oxford, v. 46. n. 6, p. 865-74, 2009.

WITT, R.R.; ALMEIDA, M.C.P; ARAUJO, V.E. Competências da enfermeira na rede básica: referencial para a atenção à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 5, p. 1, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on people-centred and integrated health services**. Geneva, 2015a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Meeting Report - Bi-Regional Forum of Medical Training Institutions on People-Centred Health Care**. Bayview Park Hotel: Manila, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **People-centred Health Care. A Policy Framework**. Manila: Western-Pacific Region, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is people-centred health care?**.

Manila, [2016?]. Disponível em:

<http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/>.

Acesso em 16 jun. 2016.

APENDICE B
QUADRO SINÓPTICO DAS INFORMAÇÕES DOS RESUMOS

Resumos	1	2	3	4
	Resultados			
Competências				
C1				
C2				
C3				
C4				
C5				

