



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

CONSIDERAÇÕES SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS, NECESSIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS PELAS POLÍTICAS SOCIAIS

Bruno Grah¹
Adriana Silva²
Keli Regina Dal Prá³

Resumo

As condições crônicas de saúde correspondem a cerca de 60% das doenças no mundo. Estas doenças estão essencialmente vinculadas à determinação social da saúde e se caracterizam como uma importante questão de saúde pública. As repercussões trazidas por essas enfermidades trazem conseqüências sociais, elevados gastos em saúde pelas políticas sociais, além de trazerem conseqüências para os sujeitos acometidos pela doença, como limitações nas atividades de trabalho e lazer cujo agravamento pode levar à incapacidade e à dependência para as atividades da vida diária. Desta forma, problematiza-se que as necessidades de cuidados impugnadas pela doença acarretam em processos de responsabilização das famílias desses sujeitos frente à retração dos serviços públicos e das políticas sociais.

Palavras-Chave: Condições crônicas de saúde; política social; determinação social da saúde; responsabilização da família.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), as condições crônicas de saúde compõem cerca de 60% do gravame das doenças no mundo. Constituindo-se de uma questão de saúde pública, vislumbra-se, por meio de visões prospectivas, um crescimento vertiginoso das doenças crônicas que poderão culminar, no ano de 2020, em 80% do ônus de doença dos países em desenvolvimento.

A partir da experiência de trabalho dos autores com pacientes crônicos e seus familiares⁴, observam-se repercussões vivenciadas pela família, que se materializam nas mudanças e reorganizações que esta enfrenta com a realidade de um familiar doente crônico. Neste processo, o limiar entre o acesso às políticas sociais e as exigências de cuidados que recaem sobre a família revela uma sobrecarga desta quando são vislumbradas as fragilidades daquelas. Portanto, para a apresentação do presente trabalho serão realizadas problematizações sobre as condições crônicas de saúde e os impactos sociais e para os indivíduos com doenças crônicas e suas famílias, partindo-se do pressuposto de que as condições crônicas de saúde geram limitações e dependências que se transformam em demandas não absorvidas pelas políticas sociais, situação esta que tende a instaurar processos de responsabilização das famílias pelos serviços.

Para a estruturação do trabalho serão discutidas nas seções que seguem a definição de condições crônicas de saúde, sua contextualização no âmbito da realidade brasileira tendo como norte de discussão a ótica da determinação social da saúde. Por conseguinte,

¹ brunograh@hotmail.com - Universidade Federal de Santa Catarina.

² adrianasilva1309@gmail.com – Residência Integrada em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ keliregina@yahoo.com -- Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Tal experiência foi observada no âmbito do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário HU/UFSC, enquanto assistentes sociais residentes da área de concentração em Alta Complexidade. As discussões trazidas no presente trabalho são oriundas de estudos e pesquisas realizados pelos autores para a construção do Trabalho de Conclusão de Residência, sob orientação da Prof^a Dr^a Keli Regina Dal Prá do Departamento de Serviço Social DSS/UFSC.



será abordada a transição demográfica no Brasil, que tendencialmente leva a uma transição epidemiológica. Nesse contexto, os gastos em saúde serão abordados e para a finalização da discussão serão explicitados elementos que demonstram os processos de responsabilização da família quando estas são caracterizadas enquanto principais unidades de cuidado. Para o fechamento do trabalho, serão realizadas as considerações finais.

2 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

De acordo com os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), no ano de 2013, 57,4 milhões de brasileiros apresentam pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), dentre as quais se poderia citar: diabetes, hipertensão arterial, doença crônica de coluna, colesterol e depressão, dentre outras. As doenças listadas são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil e apresentam-se associadas a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras, e sedentarismo. (CEBES, 2014).

As doenças que integram o escopo de condições crônicas de saúde se caracterizam, de maneira geral, por não apresentarem caráter infeccioso e, de um ponto de vista temporal, por não serem agudas. Desta forma, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁵ - ou doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – têm repercutido em elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para famílias, indivíduos, previdência social, sistema de saúde e a sociedade em geral.

As doenças crônicas se caracterizam por apresentar início e evolução paulatina, com diferentes causalidades que apresentam variação no tempo: hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos (MENDES, 2011). Além disso, levam a uma pluralidade de sintomas e à perda da capacidade funcional. Conforme destaca Mendes (2011) há um encadeamento de sintomas, um correlacionado ao outro: “uma condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que leva a condição crônica” (LORIG et al. 2006, *apud* MENDES, 2011, p.26).

Destarte, a título de síntese, poder-se-ia considerar que

as doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções [...] associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012, p. 07).

As condições crônicas possuem causalidades múltiplas e comumente são desencadeadas por fatores ditos como estilo de vida. Diante dessa afirmação, colocar-se-á em discussão as doenças crônicas a partir da lente que compreende o modelo explicativo da determinação social da doença, ou seja, pretende-se realizar o exercício de uma abordagem não associada ao modelo biomédico, mas atrelado a uma perspectiva que leva em consideração os fatores sociais envolvidos nos processos patológicos.

⁵ “As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estar associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Entre as mais importantes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cérebro vasculares, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas” (BRASIL, 2005, p.17).



3 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO BRASIL E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

As relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza (MENDES, 2011, p.31).

De acordo com Schmidt et al (2011), a carga das DCNT se torna mais expressiva em países de baixa e média renda. No Brasil, em 2007, 72% das mortes foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, etc, 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis; evidenciando a especificidade das doenças crônicas como um “problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano” (SCHMIDT et al, 2011, p.61).

Destaca-se na estatística de mortalidade atribuída às doenças crônicas que a prevalência dessa taxa se acentua em pessoas que possuem baixa renda, em virtude da maior vulnerabilidade e exposição aos fatores de risco, como também por terem menos acesso aos serviços de saúde. Não adverso, o aumento da carga de DCNT é reflexo negativo dos efeitos da globalização, da rápida urbanização, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool (MALTA, 2014).

Desta forma, põe-se em discussão os determinantes sociais enquanto elemento de análise preponderante para a prevalência de doenças crônicas. Historicamente a tendência em explicar o processo saúde/doença tem sido relegada a modelos explicativos biomédicos, caracterizando as situações de doença como a falta de mecanismo de adaptação do corpo biológico ao meio (PUTTINI; JUNIOR; OLIVEIRA, 2010). O sentido atribuído à explicação por meio do modelo da determinação social da doença norteia-se em uma análise calcada na estruturação social de uma sociedade. Segundo Lopes (2006, p.11) os determinantes sociais de saúde “são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população: renda, educação, condições de habitação, trabalho, transporte, saneamento, meio ambiente”. Neste sentido, considera-se que as desigualdades sociais, as diferenças de acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação são determinantes para uma maior prevalência de doenças crônicas e, conseqüentemente, para um possível agravamento decorrente da evolução da doença (BRASIL, 2012).

Como escopo de análise, observa-se a importância de se discutir as condições de saúde sob uma perspectiva que leve em conta os componentes estruturais da sociedade capitalista, partindo de um entendimento de que os processos de saúde-doença são determinados pelas formas de produção, pela distribuição de bens e serviços e pelo consumo de determinada sociedade. Esse modelo permite entender que os “processos de reprodução social expressam a contradição entre propriedade privada, produção coletiva e apropriação da riqueza, tornando as relações de poder assimétricas e opressivas, repercutindo diretamente no padrão de saúde” (NOGUEIRA, 2011, p. 57). Diante das considerações, entrevê-se que a definição das necessidades de saúde avança para além da discussão sobre o acesso aos serviços e tratamentos médicos, levando em conta outros elementos de análise coadunados às transformações societárias ao longo do tempo. Neste sentido, são importantes os fatos típicos do século XXI, traduzidos na emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria, da degradação social, e as perversas formas de inserção de parte da população no mercado de trabalho.

Isto posto, destaca-se que a



saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Desigualdades, pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos pobres e marginalizados. Proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e econômicas (NOGUEIRA, 2011, p.67).

Quando analisados os conteúdos dos estudos sobre os determinantes sociais de saúde, são observados aspectos que dizem respeito a expressões imediatas da questão. Aí se torna importante a observação dos aspectos da ordem societária vigente e as contradições colocadas por uma sociedade caracterizada pelo antagonismo de classes, onde o trabalho se torna motivo de riqueza de uns e pobreza de muitos (SOUZA et al, 2013). Endossa-se a discussão destacando que a situação de saúde no Brasil é corroborada pelas iniquidades em saúde que afetam os grupos e indivíduos que estão relacionadas essencialmente às formas de organização da vida social, principalmente com a forma de distribuição de riqueza do país. Salienta-se que a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial somente aos grupos mais pobres da população, mas à sociedade em seu conjunto (BUSS; FILHO, 2006).

Souza et al (2013) evidenciam a importância de se perceber que os problemas sociais rebatem sobre a saúde, conforme demonstram os estudos sobre os determinantes sociais da saúde. Mas torna-se fundamental explicitar que esses problemas não são desconexos entre si e nem são fragmentos da realidade, mas, ao contrário, constituem-se uma questão uníssona, tendo “no processo de acumulação capitalista, a determinação essencial para a problemática da saúde” (SOUZA et al, 2013, p.55).

4 DOENÇAS CRÔNICAS, TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E GASTOS EM SAÚDE

Cabe destacar que uma população que experimenta um processo de envelhecimento rápido está suscetível ao incremento relativo de doenças crônicas, haja vista que esse tipo de doenças está associado a segmentos de maior idade (MENDES, 2012). Neste sentido, o autor destaca que o Brasil vivencia um processo de envelhecimento populacional e de transição epidemiológica, caracterizado pela queda das condições agudas e incremento das condições crônicas. O autor destaca, com base em dados do IBGE:

no Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (MENDES, 2010, p.34).

E destaca que

Os dados [...] provenientes da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica. Os resultados da PNAD 2008, mostraram que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. 5,9% da população declarou ter três ou mais doenças crônicas [...] (MENDES, 2012, p. 34).

A partir dos dados explicitados pelo autor, pode-se vislumbrar que a transição demográfica que o Brasil vem enfrentado traz consigo a elevação das taxas de acometimentos por doenças crônicas. Além da caracterização de uma transição demográfica, poder-se-ia destacar a observação de uma transição epidemiológica. Destaca-se que na década de 1930 havia um contexto em que os índices de mortalidade por



doenças infecciosas era de 46%, apresentando uma diminuição progressiva no decorrer dos anos onde, em 2003, as doenças infecciosas representavam 5% das mortes. As doenças cardiovasculares representavam 12% em 1930 e em tempos recentes representam as principais causas de óbito em todas as regiões do Brasil, alcançando um terço das mortes (BRASIL, 2005). Destaca-se o contexto de industrialização vivenciado no Brasil na década de 1930 como desencadeador da mudança do padrão de doenças, sendo neste contexto observadas expressões como urbanização, migração industrialização e inserção do capital internacional típicos de uma transição do modelo agro-exportador para o urbano-industrial no panorama desta época.

Pari passu ao crescimento das doenças crônicas, observam-se elevados custos e gastos com hospitalizações, tratamentos, aposentadorias precoces por invalidez ou incapacidade. São aspectos que impactam em gastos sociais no âmbito das políticas que compõem o tripé da seguridade social. Harb (2011) destaca que os gastos no Brasil com doenças crônicas, em 2005, alcançaram a margem de 2,7 bilhões de dólares.

Por serem geralmente doenças de longa duração as doenças crônicas também se caracterizam pelas maiores demandas de serviços, procedimentos e ações dos serviços de saúde. Em termos de gastos com serviços de saúde para atenção às doenças crônicas, Mendes (2010) apresenta dados que expressam os valores despendidos, em 2002, com as DCNT.

Tabela 1: Estimativa de gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com doenças crônicas - 2002.

TIPO DE GASTO	VALOR EM R\$	%
Gasto ambulatorial	3.824.175.399	35,0
Gasto hospitalar	3.738.515.448	34,2
Gasto total com doenças crônicas	7.562.690.848	69,2
Gasto total hospitalar e ambulatorial	10.938.741.553	100,0

Fonte: Mendes (2010, p.42).

O crescimento das doenças crônicas reflete impactos que não se restringem somente aos serviços de saúde, mas também se traduzem em custos econômicos e sociais. Portar uma doença crônica implica a redução das atividades de trabalho para o usuário que pode perder o emprego, os prestadores de serviços oneram cada vez mais com os custos crescentes das doenças, os gestores de saúde se defrontam com resultados pífios com relação ao manejo das doenças crônicas e em termos sociais observa-se uma grande perda de produtividade e de qualidade de vida impostas pelas condições crônicas de saúde (MENDES, 2010).

Com relação às repercussões no âmbito da Previdência Social, Moura et al (2007) explicita dados que permitem constatar o aumento de volume de gastos da área na concessão de benefícios às pessoas ainda em idade produtiva em decorrência de doenças crônicas, da elevada morbidade, das mortes prematuras e incapacitação de pessoas em idade produtiva. No estudo realizado pelos autores em Recife, demonstra-se que em relação às cinco primeiras causas para a concessão de auxílios doença e aposentadorias por invalidez, as doenças crônicas não transmissíveis “foram responsáveis por cerca de 35% de auxílios-doença e 53% de aposentadorias por invalidez, confirmando sua repercussão para a Previdência Social, bem como no atual perfil epidemiológico da população trabalhadora” (MOURA et al, 2007, p.1670). No que concerne ao grupo de doenças associado à concessão dos benefícios, entrevê-se que as doenças ósteo musculares são as principais



desencadeadoras de auxílio doença e as doenças do aparelho circulatório, das aposentadorias por invalidez.

5 DOENÇAS CRÔNICAS E IMPACTOS PARA O INDIVÍDUO E A FAMÍLIA

Além dos impactos observados no âmbito da economia do país e das políticas sociais, observam-se outras repercussões que estão colocadas para o indivíduo adoecido e para a família, que na maioria das vezes se apresenta como a unidade de cuidado, relação esta que muitas vezes são reforçadas por discursos que naturalizam a associação família-cuidado tanto pelo senso comum quanto no âmbito das políticas sociais.

Autores como Silva et al (2002) discorrem que o processo vivenciado por uma pessoa acometida por uma doença crônica demonstra um impacto que, para além da condição de saúde, enraíza-se e penetra no convívio pessoal, profissional e social. Ser um doente crônico implica mudanças de estilo de vida e exige restrições decorrentes da presença da patologia, das necessidades terapêuticas e do controle clínico, não obstante a incerteza do estado de saúde que em momentos de agudização colocam a necessidade de internações hospitalares recorrentes. Os autores ainda mostram repercussões de ordem subjetiva, como por exemplo, sentimentos de insegurança e ansiedade. Neste limiar os indivíduos adoecidos vivenciam sensações de que seus projetos de vida potencialmente não se concretizarão.

Na internação hospitalar, a família vivencia processos de adaptação para o cuidado e acompanhamento do familiar adoecido, potencializando-se no momento da alta quando a família e o paciente encontram-se desprovidos da assistência em saúde proporcionada pelo hospital. Especificamente no que compete à discussão sobre o acompanhamento de familiares, estudos demonstram a incorporação da família nos serviços que se traduzem também no âmbito hospitalar com o papel de acompanhante. Caetano e Miotto (2011, p.06) exemplificam contextualizando que “nas unidades hospitalares, o acompanhante, frequentemente, é chamado para assumir funções de cuidado ao paciente que deveriam ser executadas por profissionais habilitados, como a administração de remédios, alimentação do paciente, cuidar da higiene pessoal, entre outros”.

Essa realidade exige readaptações que se revelam nas dimensões individual e familiar para a manutenção do acompanhamento de saúde, no dispêndio de gastos para o cuidado e, por vezes, a necessidade de afastamento do trabalho por parte do cuidador em virtude da dependência do familiar adoecido. Não obstante, nesse processo de adoecimento, os laços se estreitam ou se fragilizam, em que a fragilidade se acentua quando o paciente dispõe de uma rede de apoio familiar restrita para a manutenção do cuidado na âmbito domiciliar.

A partir dessas observações, entende-se que são incontestáveis as repercussões que uma doença crônica coloca para o indivíduo e a família, principalmente quando esta doença gera limitações e coloca para o sujeito adoecido uma relação de dependência e incapacidade. Essa sobrecarga no cuidado, os gastos gerados, são colocados pela ausência de alcance dos serviços públicos nessas dimensões presentes na vida do sujeito e da família. Elucida-se o argumento em situações de desospitalização de usuários em situações de doença crônica ou em pós-cirúrgico. Os programas de internação domiciliar e *home care* falam a favor disso, pois “são veiculados como grande alternativa para o bem-estar do paciente, mas não escondem o seu objetivo que é a diminuição de custos. [...] A produção de cuidado passa a ser ‘tecnificada’, com a transferência de tecnologia de cuidados à família [...]” (MIOTO, 2012, p.133).

No âmbito das políticas sociais a categoria “campo do cuidado” (MIOTO, 2012, p.129) tem sido a roupagem que identifica o principal meio de responsabilização das famílias. Sob a prerrogativa do cuidado observam-se, nos serviços, as principais estratégias de transferência de custos do cuidado para as famílias, tanto financeiros, quanto emocionais



e de trabalho. Desta forma, o limiar entre o acesso às políticas sociais e as exigências de cuidados que recaem sobre a família revela uma sobrecarga desta quando são vislumbradas as fragilidades daquelas. Poder-se-ia, frente a este contexto, evidenciar que as famílias vêm sendo cada vez mais chamadas para responder pela provisão de bem estar, traduzidos em processos instaurados no campo das políticas sociais que relegam à família a responsabilização pelo cuidado (MIOTO, 1997).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das exposições realizadas nesse trabalho, vislumbra-se que o Brasil hodiernamente atravessa um período de transição epidemiológica que permite caracterizar este tempo como sendo de profundas modificações dos padrões de saúde e doença. Essas modificações interagem com fatores extrínsecos, dentre os quais os demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais.

As doenças crônicas não transmissíveis compreendem um rol de enfermidades que trazem àqueles que são acometidos pelas doenças um alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, cuja gravidade pode culminar em incapacidades e dependência para as atividades da vida diária. As repercussões das doenças crônicas não transmissíveis trazem impactos que não se restringe somente aos sujeitos, individualmente. Além das repercussões para o sujeito doente e a família, as enfermidades geram grande pressão nos serviços de saúde e, por sua vez, no sistema de proteção social.

Pode-se destacar que o alcance dos serviços de saúde e da rede de proteção social, bem como a formulação de programas que atendam à especificidade destas doenças, não tem acompanhado de forma concomitante e atendido às necessidades impostas por essas doenças. Os dados demonstram o crescimento das condições crônicas de saúde, contudo, o desenvolvimento de políticas que atendam as necessidades de saúde deste perfil de usuário não ocorre *pari passu*. Como conseqüência, observa-se a transferência desta responsabilidade para as redes de apoio informais, como a família, deixando os indivíduos com vulnerabilidade social em situação desvantajosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. Iniquidades em saúde, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9): 2005-2008, set, 2006.

CEBES. Pesquisa Nacional de Saúde mostra que cerca de 40% dos brasileiros têm doença crônica. Disponível em: < <http://cebes.org.br/2014/12/pesquisa-nacional-de-saude-mostra-que-cerca-de-40-dos-brasileiros-tem-doenca-cronica/>>, acesso em: 14 de fevereiro de 2015.

HARB, M. C. S. Desigualdades socioeconômicas e demográficas na prevalência de doenças crônicas autorreferidas em adultos no município de Florianópolis, Santa Catarina, 2009.



SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL,
TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL
Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis SC - 27 a 29 de Outubro de 2015

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.19 no.1 Rio de Janeiro jan. 2014

MENDES, E. V. As Redes de Atenção a Saúde. OPS-CONASS, Brasília, 2011.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, H. B. M. (org). **Serviço Social**: questões contemporâneas. Florianópolis, SC: Ed. da UFSC, 2012.

_____. Família e Serviço Social. In: Serviço Social e Sociedade. nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.

MOURA, et al. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1661 -1672, 2007.

NOGUEIRA, V.M. R. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. Revista de Políticas Públicas. São Luis, vol 16, nº 2, jul/dez 2012.

_____. Determinantes Sociais de Saúde e a ação do assistente social – um debate necessário. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, Dez. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PUTTINI, R. F; JUNIOR, A. P; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*. London, maio, 2011 Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>, acesso em: 19 out. 2013.

SILVA, L.F. et al. **Doença crônica: o enfrentamento pela família**. ACTA Paul Enf, São Paulo, v.15, n.1, p. 40-47, 2002.

SIMON, B. S. et al. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, 7(esp):4243-42, maio, 2013.

SOUZA, D. O. et al. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.