

1 Atenção Primária de Saúde de Capão Bonito

1.1 Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde e nas linhas de cuidado prioritárias

Doenças crônicas

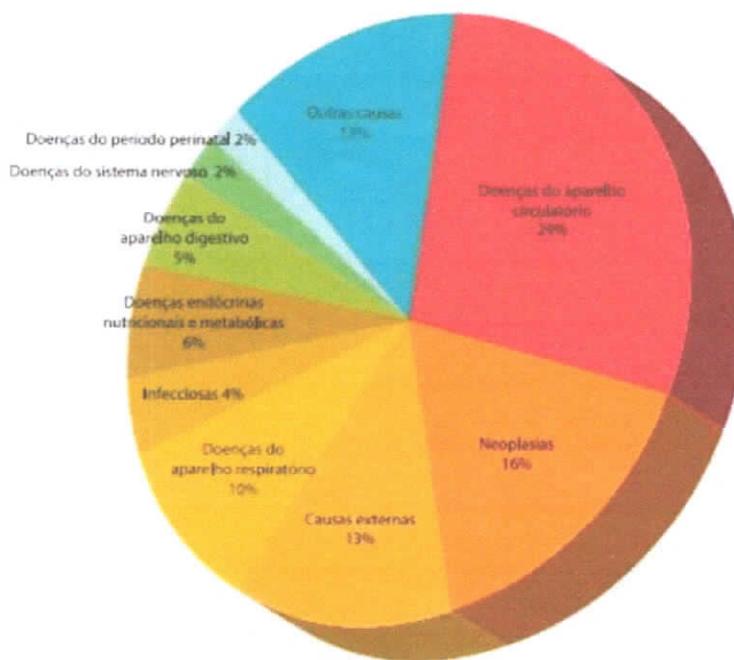
As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Justificativa

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).



Figura 1 – Mortalidade no Brasil em 2009



Fonte: (BRASIL, 2011d).

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS,2010).

Em relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traqueia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8% (BRASIL, 2011e).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças.

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade. A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos.

Diante dessa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Esse plano tem como terceiro eixo o cuidado integral.

A **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES** adota esta ferramenta, como forma de transmitir educação e prevenção nas unidades de saúde que administra.

Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propõe, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a qual corresponde ao terceiro eixo do plano. Este documento é, portanto, o início dessa construção. Dessa forma, ele não tem a pretensão de criar uma rede, mas sim de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões para que, durante essa construção, seja possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas. Este documento também

servirá de guia para a formulação de políticas federais relacionadas ao cuidado das pessoas com doenças crônicas.

1.1.1 Linhas de cuidado prioritárias

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns desses desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde.

Nesse modelo de atenção, assume-se o desafio de efetivar uma modelagem organizacional que revigora os compromissos de uma gestão democrática, participativa e ético-politicamente comprometida, sem deixar correr em paralelo todo o processo de produção do cuidado que define a qualidade e o modelo de atenção ao usuário.

Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Uma das principais iniciativas que direcionaram as ações do Ministério da Saúde nesse sentido foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011a). Além da portaria sobre as RAS, em 2011, o Departamento de Atenção Básica (DAB) lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, que, pela primeira vez, atrela o financiamento das equipes de atenção básica a padrões de qualidade da gestão e do cuidado. Essa estratégia inclui parâmetros importantes ligados à atenção às pessoas com doenças crônicas e fortalece a organização dessa rede temática (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, no prelo).

1.1.2 Organização da rede de atenção as pessoas com doenças crônicas

Diante do exposto, a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

1. Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.
2. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.
3. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.
4. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

A partir do quadro epidemiológico apresentado, neste momento, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes:

- Doenças renocardiovasculares;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Doenças respiratórias crônicas;
- Câncer (de mama e colo de útero).

1.1.3 Modelo de Atenção

A organização da RAS passa pela definição do modelo de atenção à saúde, ou seja, O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010a).

O modelo de atenção à saúde é fundamental para a estruturação da rede.

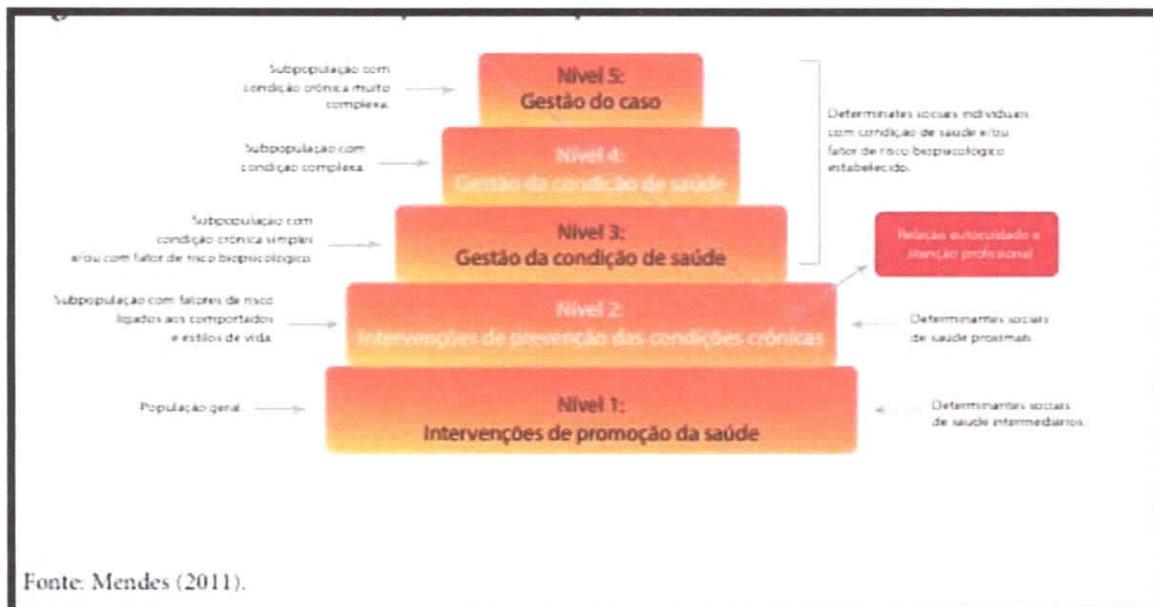
Ele define a forma como a atenção é realizada na rede e como os diversos pontos se comunicam e se articulam. De acordo com as diretrizes para a implementação da RAS, é necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas. Ou seja, a implantação da RAS exige uma intervenção concomitante sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2010a).

O Chronic Care Model, inicialmente apresentado em 1998 pelo MacColl Institute for Health Care Innovation, a partir de estudos da literatura internacional, propõe um modelo para atenção às condições crônicas que foi implantado, com diversas adaptações, em uma série de países. Ele tem como princípios:

- Organização da atenção à saúde;
- Recursos da comunidade;
- Autocuidado apoiado;
- Desenho da linha de cuidado;
- Suporte às decisões clínicas;
- Sistema de informações clínicas

A partir desse modelo, das experiências internacionais e dos modelos de determinação social da saúde e de pirâmide de riscos, Mendes (2011) propõe o Modelo de Atenção às Condições

Crônicas (MACC). Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato, conforme Figura 2.



No nível 1 do MACC, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macro determinantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível se propõem as intervenções de promoção da Saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais.

No nível 2 do MACC, opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

Nesse sentido, podemos citar os programas “Saúde na Escola” e “Academia da Saúde” como iniciativas deste Ministério, aprovadas em tripartite, para incentivar ações concretas nos determinantes sociais da saúde e na prevenção de doenças crônicas. Esses programas são

realidade em muitos municípios brasileiros e, portanto, já constituem parte da Rede de Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas.

A partir do nível 3 do MACC, trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida. Nele as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo realizada, de maneira geral, pela atenção básica.

No nível 4, opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado.

No nível 5, opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares.

Esse modelo de atenção subsidiará os passos seguintes de constituição da rede, como elencar os pontos de atenção e definir suas atribuições, instituir fluxos e diretrizes clínicas que norteiem a prática dos profissionais nesses pontos, entre outros.

1.1.4 Pontos de atenção e suas funções na rede de atenção as doenças crônicas

1.1.4.1 Atenção Básica à Saúde: Ordenadora da rede e coordenadora do cuidado

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. É responsável também por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011b).

Desse modo, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da ABS, de modo articulado com os demais pontos de

atenção da rede. Para que a ABS desempenhe efetivamente seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é fundamental garantir sua expansão e qualificação em todo o território nacional.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família é a principal estratégia de organização e expansão da ABS; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é o principal indutor da ampliação do acesso e da qualidade do cuidado; e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde possibilita a qualificação da infraestrutura da ABS.

As ações para a qualificação da ABS, sejam relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica, ao processo de trabalho dos profissionais e outras, precisam ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita.

Nesse sentido, destaca-se a ABS forte e robusta, com boa cobertura populacional, enquanto item essencial para a constituição da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Também assume importância a implantação dos serviços de ABS para populações específicas (equipes de Saúde da Família para populações ribeirinhas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, equipes de Consultório na Rua) e a expansão e aprimoramento do apoio matricial às equipes de referência da ABS por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Para ter sucesso, a ABS precisa de profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde daquela população. Isso exige processos de educação permanente voltados para a realidade de trabalho daqueles profissionais.

Para que a ABS seja realmente resolutiva, em especial no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Os sistemas de teleconsultoria são instrumentos importantes para a qualificação da atenção e podem ser também incorporados enquanto elementos para regulação na RAS.

Outro importante apoio para a ABS são os equipamentos de telediagnóstico, que podem ampliar a oferta de serviços atualmente sobrecarregados ou que se concentram em poucos municípios, muitas vezes distantes dos usuários e das equipes da atenção básica. Nesse sentido, o programa Telessaúde Brasil Redes vem apoiar a integração dos pontos de atenção por meio de apoio diagnóstico e da segunda opinião formativa.

Os sistemas de informação, como o uso do prontuário eletrônico, fornecem subsídios precisos para a estratificação de risco da população, planejamento e acompanhamento do cuidado na RAS, favorecendo também a comunicação entre a ABS e os diferentes pontos de atenção.

No tocante ao apoio terapêutico, a garantia da assistência farmacêutica para atenção às doenças crônicas, tanto dos medicamentos da farmácia básica quanto daqueles da farmácia especializada/estratégica, é fundamental. Mas também é preciso garantir outras ofertas terapêuticas na RAS, como as práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais. Nesse sentido, os polos do programa Academia da Saúde tornam-se espaços privilegiados para essas atividades.

O apoio ao autocuidado também deve ser ofertado, a exemplo de outros países que utilizam com sucesso ferramentas como o callcenter para manter contato com os usuários que precisam de acompanhamento diferenciado, como após a alta hospitalar decorrente do processo de agudização de uma condição crônica, ou como forma de acompanhar a pessoa que está com dificuldade em praticar o autocuidado. A estrutura de callcenter é flexível, podendo ser um serviço mais estruturado ou uma ação mais simples, caracterizada apenas por uma ligação telefônica da equipe de atenção básica para saber como está a pessoa, suas dificuldades, conquistas e novas soluções.

No âmbito da ABS, a promoção da saúde deve ser considerada como ação estratégica. Para isso, a articulação intersetorial com os demais equipamentos sociais do território (escolas, associações de moradores, igrejas) e as lideranças comunitárias é essencial para o desenvolvimento de estratégias conjuntas que impactem positivamente nas condições determinantes da saúde da população.

1.1.4.2 Pontos de Atenção ambulatorial especializada e de atenção hospitalar

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais. Adicionalmente, deve-se ressaltar que, por especialistas focais, entendemos não somente os médicos, mas outros profissionais, como os enfermeiros, cuja atuação é sabidamente efetiva e eficiente.

O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção

básica, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela ABS. No caso da relação entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção básica.

O quadro a seguir mostra as formas de relação possíveis entre a ABS e a AAE:

Quadro 1 – Formas de relação possíveis entre a ABS e a AAE

1º – Referência e contrarreferência
2º – Relação de visitas periódicas de especialistas a generalistas
3º – Relação mediada por gestor de caso
4º – Coordenação do cuidado

Fonte: (MENDES, 2012).

A forma mais efetiva e eficiente de relação entre a ABS e a AAE é a coordenação do cuidado em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de profissionais da ABS e de especialistas. A coordenação do cuidado é definida como a organização deliberada do cuidado entre dois ou mais participantes envolvidos na atenção às pessoas para facilitar a prestação de serviços de saúde eficientes, efetivos e de qualidade. Nesse processo, é essencial estabelecer e negociar responsabilidades e garantir a comunicação e transferência segura do cuidado. Para que a coordenação do cuidado alcance o patamar desejado de atenção compartilhada, há de se compartilhar planos de cuidados entre a ABS e a AAE, e discuti-los em algumas circunstâncias. A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da ABS e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos.

A partir da estratificação de risco da população adscrita pela ABS, devem ser construídos processos regulatórios que empoderem as equipes de atenção básica na coordenação do cuidado dos usuários com doenças crônicas. Isso pode ser otimizado por meio de protocolos e diretrizes clínicas, estruturados a partir da construção de uma linha de cuidado. Assim, qualifica-se a demanda aos serviços especializados e garante-se a equidade, conforme diretrizes dispostas na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

É também necessário reorganizar os processos de trabalho nesses serviços, de modo a propiciar um cuidado integral. Eles devem ter população e equipes de atenção básica adscritas, bem como trabalhar com equipes multiprofissionais. A relação com as equipes da ABS deve ser fortalecida e os processos de matriciamento são fundamentais na estruturação do processo de trabalho dessas equipes.

As RAS também apontam como característica organizacional a definição das regiões de saúde, com estabelecimento de limites geográficos, população, ações e serviços ofertados em cada ponto de atenção, com pactuações entre o estado e o município para que o cuidado integral e o acesso ao usuário com doença crônica sejam garantidos (BRASIL, 2010a). A partir desse conceito, é preciso qualificar e redimensionar os serviços existentes, além de estruturar novos serviços em locais de vazio assistencial, de acordo com a demanda identificada pela ABS nas regiões de saúde. Devem ser pensados parâmetros mínimos e máximos para cobertura populacional de um serviço de atenção especializada, levando-se em conta a densidade populacional, as necessidades de saúde e o provimento de profissionais, entre outras dimensões.

Os pontos de atenção hospitalar, junto às unidades de pronto atendimento (UPA) e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), farão a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Essa interface é fundamental no intuito de promover a assistência integral aos casos de agudização das doenças crônicas. Nos ambientes hospitalares são realizados também os procedimentos de alta complexidade relacionados à atenção especializada hospitalar e sujeitos à regulação específica.

1.1.5 Sistemas Logísticos

Para subsidiar o trabalho em rede, é fundamental a estruturação de sistema logístico que permita as condições necessárias para articular os pontos de atenção. É essencial garantir o transporte sanitário, permitindo o fluxo adequado dos usuários entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações programadas

Além disso, sistemas de informação clínica, a partir de identificação única dos usuários, são também estruturantes para a atenção efetiva aos usuários com doenças crônicas. A utilização de sistemas de registro eletrônico de saúde (RES) deve ser ampliada, pois possibilitam a qualificação do acompanhamento dos usuários com doenças crônicas. Sistemas de prontuário

eletrônico permitem a identificação de subpopulações de maior risco, bem como a elaboração dos planos de cuidado. A interoperabilidade entre os diversos sistemas possibilita o fluxo da informação dentro da rede, e o acesso dos diversos pontos de atenção a determinadas informações dos usuários. Isso proporciona uma atenção mais adequada e impede a duplicidade desnecessária de exames e condutas.

1.1.6 Organização do processo de trabalho

A implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem o objetivo de promover mudanças na atenção à saúde em uma série de dimensões. A seguir, serão elencadas algumas delas, que são críticas e estão mais ligadas às modificações necessárias no processo de trabalho das equipes, que devem acontecer em todos os pontos de cuidado, desde a ABS, passando pela AAE, pela urgência e pelo cuidado hospitalar e domiciliar.

1.1.6.1 Acolhimento

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer exercitar uma escuta com responsabilização e resolutividade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços, requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

É importante acentuar que todos os profissionais de saúde podem fazer acolhimento ao escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar risco e a vulnerabilidade, e acolher também a avaliação do próprio usuário. Responsabilizar-se pela resposta ao usuário vai necessariamente colocar em ação uma rede multidisciplinar de compromisso com essa resolução. Assim, o acolhimento em rede deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares (BRASIL, 2010b).

O acolhimento é uma diretriz que compreende os componentes do acesso, da assistência e da resolutividade das necessidades e demandas do usuário dentro da perspectiva das RAS.

1.1.6.2 Atenção centrada na pessoa e na Família

Tudo o que não se quer com as redes de atenção e com a implantação das linhas de cuidado é reduzir os sujeitos às suas doenças para daí projetar o comportamento destas em uma série de

sujeitos e, com isso, programar um elenco de procedimentos, compostos por atos protocolados de profissionais de saúde, realizados em um predeterminado itinerário de lugares, conforme um conjunto fixo de critérios de movimentação e acesso.

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (OMS, 2003).

A atenção centrada na pessoa e na família baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada.

A incorporação desse conceito possibilita aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, a família e o usuário, com relação de respeito, confiança e empatia, com evidência de maior adesão ao tratamento e melhores resultados.

1.1.6.3 Cuidado Continuado/Atenção Programada

A equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. Entende-se por cuidado continuado/ programado aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário. São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

Atenção programada refere-se a um programa específico que define diretrizes essenciais para o cuidado continuado daquele paciente, por exemplo, o programa da criança com asma, programa de pré-natal, entre outros, mas que deve sempre ser singularizado para cada indivíduo.

1.1.6.4 Atenção Multiprofissional

A atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional. A equipe deve ser entendida enquanto agrupamento de profissionais que

atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

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

1.1.6.5 Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade. Consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, construídas a partir do movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico, resultado da discussão coletiva da equipe multiprofissional com o usuário e sua rede de suporte social. “O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas”. Como ele pode ser desenvolvido em diferentes pontos de atenção, é fundamental que as equipes dos diversos serviços compartilhem as informações e os planos estabelecidos.

1.1.6.6 Regulação da rede de atenção

A regulação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas envolve, necessariamente, a capacidade da ABS de ordenar os demais níveis da rede. O diálogo entre os serviços de atenção especializada e as equipes deve ser garantido e facilitado, com destaque para o matriciamento

Os fluxos e as condições para encaminhamentos devem ser definidos dentro da construção das linhas de cuidado. Mesmo enquanto persistir o acompanhamento na atenção especializada, a ABS deve continuar informada da situação de saúde do usuário, bem como acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado. Os critérios para a alta devem ser pactuados, assim como as condições para o seguimento desse usuário na ABS.

1.1.6.7 Apoio Matricial

O apoio matricial deve ser parte fundamental do processo de trabalho das equipes de atenção especializada. A discussão dos casos clínicos, presencial ou a distância por meio do Telessaúde

Brasil Redes, bem como momentos periódicos para abordagens temáticas, atendimento conjunto, entre outros, deve ser garantida dentro da agenda desses profissionais. Salientando que o apoio matricial pode ser uma ferramenta para aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral do sujeito

O suporte técnico pedagógico oferecido pelo apoio matricial é sinérgico ao conceito de educação permanente e deve compor o plano de educação permanente local para a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. O apoiador matricial é um especialista com um núcleo de conhecimento distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Assim, o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

1.1.6.8 Acompanhamento não presencial

As interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas com um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico (MENDES, 2011).

O serviço de CallCenter voltado para o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas já é uma realidade em alguns países. Ele pode ter diversos formatos, ativos ou receptivos, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo sistema de saúde.

A abordagem do usuário após a alta hospitalar ou algum evento-sentinelas pode trazer informações acerca da qualidade do serviço realizado. Além disso, pode ser abordado o seguimento desse paciente pós-alta, avaliando o acesso a consultas, exames, medicações, entre outras ações, assim como a continuidade do cuidado. A ligação telefônica age enquanto potente instrumento para educação em saúde e acompanhamento de planos de autocuidado e PTS.

Outra ação que se destaca é o acompanhamento de usuários com casos mais complexos. Esses usuários, que necessitam de uma abordagem mais intensiva, podem ter a necessidade de consultas diminuída se for possível o uso de outras formas de contato (telefone, e-mail).

1.1.6.9 Atendimento coletivo

Além dos atendimentos profissionais individuais, os atendimentos em grupo devem fazer parte da atenção à saúde. Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde. Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.

Os grupos podem ser organizados de diversas formas, de acordo com as necessidades da população, respeitando as técnicas para o seu manejo e a sua organização. As dimensões a serem abordadas devem ser adequadas ao objetivo proposto e ao perfil dos usuários. Devem ser privilegiadas abordagens criativas que envolvam a participação coletiva.

A organização dos grupos possibilita integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo. Isso gera sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, fortalecendo a aliança terapêutica (ALMEIDA; SOARES, 2010; BRASIL, 2010c).

1.1.6.10 Autocuidado

Nas doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e os usuários, os quais trabalham em conjunto para definir o problema, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo de manejo. Para aplicação dessa estratégia, é importante: treinar os profissionais de saúde para que colaborem com os usuários no estabelecimento de metas para o autocuidado, já que implica mudança de prática; instrumentos de autocuidado baseados em evidências clínicas; utilizar estratégias grupais; procurar apoio por meio de ações educacionais, informações e meios físicos; e buscar recursos da comunidade para que as metas de autogerenciamento sejam obtidas (HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES, 2004 apud MENDES, 2011).

O autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua

saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário.

O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

1.1.7 Linhas de cuidado e diretrizes clínicas

As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita. As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença.

Diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos, as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. São definidas com a participação dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado das pessoas com condições de saúde de relevância epidemiológica. Orientam as linhas de cuidado e viabilizam a programação de ações e a comunicação entre as equipes e serviços.

Considerando que os serviços de saúde devem estar organizados regionalmente, é essencial que as regiões de saúde estabeleçam as suas linhas de cuidado e as suas diretrizes clínicas próprias. Estas servem para qualificar a atenção nos diversos pontos na rede e enquanto referência para o processo de regulação. Para essa construção, é fundamental a participação de profissionais dos diversos pontos de atenção da RAS e categorias profissionais.

1.1.8 Estratificação de Risco

O conhecimento profundo da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados.

Cada doença pode ter uma *estratificação de risco diferenciada*. É fundamental construí-la de acordo com as especificidades da enfermidade, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros.

A ABS tem uma tarefa essencial na *estratificação*, realizando o cadastramento de todos os usuários e de suas famílias. É importante cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco socio sanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, *estratificados por riscos*.

A finalidade da *estratificação de risco* é classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade. Essa classificação deve permitir a definição de uma série de ofertas que serão programadas de acordo com o nível em que se encontra o usuário. Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade.

Vale destacar que o protocolo de *estratificação de risco* é uma ferramenta útil e necessária, porém não é suficiente para definir o risco ou a vulnerabilidade de determinada pessoa. Ele nem sempre privilegia os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais (e nem teria como, pois essas dimensões abrangem grande número de variáveis que, muitas vezes, não têm como ser objetivadas), cuja compreensão é fundamental para a efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de saúde. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

1.1.9 Educação Permanente

Tendo em vista que a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas implica mudanças nos processos de trabalho, é fundamental uma educação permanente que supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhe no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional. Deve ser realizada com base na aprendizagem por problemas, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência

e ponto de partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado.

O processo educacional eficaz é essencial para a implantação das diretrizes clínicas, pois apenas tê-las publicadas não é suficiente para a boa gestão da clínica (MENDES, 2011). As diretrizes clínicas são um elemento norteador do que se espera das mudanças de práticas, mas que, sem um processo dialógico com profissionais e usuários, pode significar perda de tempo e recursos.

Importante

A fragmentação do sistema de saúde é ainda um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado. Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

Essa construção requer os esforços de todos os atores envolvidos, principalmente quando se trata da articulação e da comunicação entre os componentes da Rede. Espera-se que este Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias seja utilizado como ferramenta de apoio para o gestor, contribuindo assim para a construção, a organização e o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

Composição das Unidades de Atenção Básica descrito no Termo de Referência:

Serviços Médicos:

04 (quatro) Médicos Generalistas 40 Horas

SERVIÇO MÉDICO

FUNÇÃO	horas	QTD	CUSTO TOTAL	Custo Mensal
MEDICO	40	4	16.550,00	R\$ 66.200,00
TOTAL				R\$ 66.200,00

Valor Mensal da Proposta R\$ 66.200,00 (sessenta e seis mil e duzentos reais)

Valor para 5 (cinco) meses R\$ 331.000,00 (trezentos e trinta e um mil reais)

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO

O Planejamento Orçamentário define as despesas, receitas, investimentos e custos que a Santa Casa de Chavantes terá para atingir as metas.

A tabela em anexo (Anexo 1) vislumbra uma perspectiva clara das ações financeiras a serem tomadas durante a vigência do Termo de Colaboração. **

**** CSC – CENTRO DE CUSTOS COMPARTILHADOS**

**O CSC – Centro de Serviço Compartilhado refere-se a uma estrutura que atua diretamente como uma prestadora de serviços para várias unidades/filiais, ou seja, este é um modelo de organização de processos operacionais, pelo qual uma área da empresa presta serviços, a partir de um mesmo ponto de atendimento, para várias unidades ou departamentos, otimizando recursos e integrando tecnologias, processos e pessoas. Neste caso, a estrutura supracitada é a sede administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Chavantes, que está estruturada para prestar serviços de suporte e apoio às Unidades gerenciadas, sendo: jurídico; financeiro; controladoria; recursos humanos; tecnologia da informação; suprimentos, compras e logística; administrativo, e treinamentos.

O processo do CSC ocorre da seguinte forma: os custos da Unidade Central são repassados através de rateios para as Unidades gerenciadas, que por sua vez repassam os custos da Unidade Central mais seus próprios custos para as unidades que realizam as operações às quais foram contratadas.

Este modelo adotado, permite que os custos sejam facilmente identificados, gerando transparência e rastreabilidade. Além disso, há uma divisão proporcional dos custos, ou seja, casa contratante pagará o valor correspondente a demanda que possui, reduzindo demasiadamente os custos à Administração Pública contratante, tendo em vista o rateio realizado e o balanceamento das demandas e pessoal da sede administrativa.

Considera-se que o CSC – Centro de Serviço Compartilhado, atribui uma padronização dos serviços e sua evolução permite que as equipes façam mais e melhor em menos tempo. Afinal, uma das características do centro de serviços compartilhados é justamente dividir os serviços de tal forma que tenhamos pessoas desempenhando funções específicas em todas as Unidades geridas, correspondendo um ciclo contínuo de aperfeiçoamento.

O modelo exposto consegue oferecer informações importantes rapidamente, ajudando nas tomadas de decisões, como as que são feitas durante as reuniões de planejamento estratégico. Ao contrário das áreas fragmentadas, o CSC tem a capacidade de atender às solicitações com uma velocidade muito maior, apoiado por sistemas excelentes, todos custeados por meio do rateio das Unidades geridas. Conclui-se, portanto, que uma abordagem centralizada é mais eficiente à gestão, do que manter as diferentes atividades em cada operação/unidade gerida.

Chavantes, 24 de novembro de 2020.



Anis Ghattás Mitri Filho

Presidente

ANEXO 1
PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO



	Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro		Total		
	Valor		Valor		Valor		Valor		Valor		Valor		
Repasso Termo de Colaboração	66.200,00		66.200,00		66.200,00		66.200,00		66.200,00		66.200,00		331.000,00
Total	66.200,00		331.000,00										
Serviços Médicos	64.000,00		320.000,00										
Outras despesas (CSC) **	2.200,00		2.200,00		2.200,00		2.200,00		2.200,00		2.200,00		11.000,00
Total de Despesas	66.200,00		331.000,00										
RESULTADO (Total das Receitas - Total Geral)	-		-		-		-		-		-		-

Organização Social de Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Chavantes
Sede Administrativa: Rua Dep João Sussumu Hirata, 940 - cj 44 Morumbi - São Paulo - SP - CEP - 05714-010

Sede Social: Rua Maria Ferreira, 22, Centro - Chavantes - SP - CEP 18970-000

Tel (11) 3739-0696

(14) 3342-2358

CNPJ 73.027.690/0001-46

www.santacasachavantes.org

E-mail: contato@santacasachavantes.org