

Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde

Chronic diseases, care networks and Primary Health Care

Patrícia Sampaio Chueiri¹, Erno Harzheim², Heide Gauche³, Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos⁴

¹ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenadora Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
patricia.sampaio@saude.gov.br

² Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante – Alicante (Valência), Espanha. Professor adjunto do Departamento de Medicina Social e Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
ernoharz@terra.com.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
heide.gauche@saude.gov.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil. Diretora de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
leda.vasconcelos@saude.gov.br

RESUMO O Sistema Único de Saúde (SUS) já alcançou muitos resultados, entretanto, o rápido envelhecimento da população, a transição do perfil epidemiológico e o conjunto de mudanças socioeconômicas ocorridas nos últimos anos propõem novos desafios para o SUS. Entre eles, destacam-se o cuidado das pessoas com doenças crônicas e os tensionamentos que estas provocam no sistema de saúde, tanto com relação à sua macro-organização (gestão compartilhada, regulação, regionalização) quanto à micro-organização, ou seja, aqueles relacionados ao processo de trabalho das equipes de atenção direta. Neste sentido, este artigo tem como objetivo refletir sobre: o processo de formação de redes regionalizadas de atenção à saúde; o papel dos estados; o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS); e o papel da APS no cuidado das pessoas com doenças crônicas. Para isso, descreve e problematiza as ações do Ministério da Saúde, nos últimos anos, que vão ao encontro do tema: o cuidado das pessoas com doenças crônicas.

PALAVRAS-CHAVE Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas; Regionalização.

ABSTRACT *The Unified Health System (SUS), Brazil's National Health Care System, has achieved many results, however, the rapidly aging population, the transition of the epidemiological profile and the set of socioeconomic changes in recent years proposed new challenges for the SUS. Among them, it's possible to highlight the care of people with chronic diseases and the tensioning that this kind of patient creates in the health system. These tensions are related to macro-organization aspects (shared management, regulation, regionalization) and also to the micro-organization aspects, those related to the work of the teams responsible for the care. Thus, this article aims to reflect on: the process of formation of regionalized Health Care Networks; the role of the states; the strengthening of Primary Health Care (APS); and the role of APS in the care of people with chronic diseases. To do so, it describes and discusses the actions of the Ministry of Health, in recent years, to meet the theme: the care of people with chronic diseases.*

KEYWORDS *Health Care Networks; Primary Health Care; Chronic diseases; Regional health planning.*

Introdução

As transformações sociais ocorridas nas últimas três décadas – como o aumento de 14% dos domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água, o aumento de 11% do PIB per capita, a queda de 20% da taxa de analfabetismo (na população de 15 e mais anos) –, somadas às mudanças estruturais do país (urbanização, ampliação do acesso à saúde, desenvolvimento industrial/tecnológico, entre outras), tiveram impacto importante no perfil demográfico e epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2012).

Atualmente, o nosso perfil demográfico é caracterizado pelo aumento constante do número de idosos, que, em 2030, já terá ultrapassado o número de jovens. A expectativa de vida, que hoje é de 73 anos, passará para 81,9 anos (BRASIL, 2012a). Esse envelhecimento provoca um acréscimo importante na carga de doenças crônicas da população brasileira.

Além do envelhecimento da população, o desenvolvimento científico e tecnológico que ocorreu e ocorre na área da saúde também ampliou o número de pessoas convivendo com doenças crônicas, fator esse que, somado à queda do número de doenças transmissíveis agudas, também contribui para o aumento da carga de doenças crônicas no perfil epidemiológico brasileiro. Para exemplificar as principais doenças/condições crônicas, podemos citar: as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes, os problemas de saúde mental, incapacidades estruturais (amputações, cegueira), assim como algumas doenças infecciosas crônicas (ex.: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, hepatites) (OMS, 2003; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ *et al.*, 2012).

Desafios impostos pelo novo perfil epidemiológico e demográfico do Brasil

Hoje, as doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das causas de morte no

País, e atingem fortemente a população mais pobre e vulnerável. (BRASIL, 2011a). Além de importante causa de morte, elas impactam fortemente o orçamento da saúde, visto que ampliam muito os gastos, pois necessitam, muitas vezes, de tecnologias de alto custo e inovadoras (BODENHEIMER, 2008; DAVIES *et al.*, 2006; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI 2007; SCHOEN *et al.*, 2011).

Elas podem também impactar o orçamento individual/familiar, pois, em geral, acarretam queda da capacidade de trabalho e ampliam os gastos da família/indivíduo com questões relacionadas à saúde.

As doenças crônicas podem ser caracterizadas como problemas de saúde que estão relacionados a causas múltiplas, com início gradual, com prognóstico usualmente incerto e com longa ou indefinida duração; que apresentam um curso clínico que muda ao longo do tempo, com momentos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem, ainda, intervenções com uso de diferentes densidades tecnológicas, associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida (BRASIL, 2012).

Assim, além do impacto orçamentário, elas também provocam desafios para a organização do SUS e para o processo de trabalho em saúde, pois trazem consigo a necessidade de mudar o modelo de cuidado (micro-organização) e de organização do sistema como um todo (macro-organização). Exigem uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção contínua, integrada e coordenada.

Concomitante às mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas, ocorreram avanços importantes na organização do SUS, entre eles, destacam-se a ampliação do acesso, principalmente por meio da atenção primária (saúde da família), a melhora em indicadores de saúde (queda da mortalidade infantil, da prevalência da população tabagista e da mortalidade por doenças crônicas), os progressos da descentralização da gestão e o fortalecimento da capacidade produtiva nacional de

insumos e medicamentos (LECOVITZ, 2001).

Esse novo quadro ainda exige avanços no sentido de: qualificação da gestão dos serviços, atualmente retratada pela oferta indiscriminada de ações e serviços de saúde; melhora do equilíbrio entre a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e a Atenção Primária à Saúde; garantia de financiamento adequado ao SUS; diminuição das iniquidades geográficas; integração da rede assistencial, atualmente fragmentada; e, por fim, adequação da formação profissional segundo as necessidades do sistema (BRASIL, 2003).

Nesse contexto epidemiológico e de desenvolvimento do SUS, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se colocado como uma ferramenta importante para o enfrentamento de obstáculos, tanto com relação ao cuidado das pessoas com doenças crônicas como no tocante aos sistemas de saúde nacionais (MENDES, 2008; OPAS, 2010).

O Brasil, desde a concepção do SUS, vem caminhando para a conformação de Redes de Atenção à Saúde. Em um primeiro momento, pautado pelas diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização; depois, no início da década de 90, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), passando pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006); e, mais atualmente, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 (BRASIL, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e pelo Decreto Presidencial nº 7.508 (BRASIL, 2011), que conceitua região de saúde, define componentes das RAS e ainda cria a Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2002, 1996, 2006, 2010, 2011a).

A fim de operacionalizar os normativos citados acima, principalmente os dois últimos, o Ministério da Saúde (MS) vem, desde o início de 2011, incentivando a conformação das redes por meio de portarias que definem e financiam redes temáticas.

Redes temáticas não são sinônimo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois se caracterizam pela organização da atenção através de

redes para subpopulações (gestantes, crianças, idosos) e/ou temas específicos (doenças crônicas, urgência/emergência, saúde mental), e, portanto, não têm seu foco em todo o sistema, como as RAS. Porém, ambas têm importantes pontos em comum, como: a definição das responsabilidades dos pontos de atenção, o destaque para a necessidade do compartilhamento de informações, o vínculo entre os serviços e, principalmente, a ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Tanto nas redes temáticas como nas redes de atenção, a APS deve ser o ponto estruturante e coordenador do cuidado individual ao exercer o papel de ordenadora e de porta de entrada prioritária das RAS. (OPAS, 2010). Essas funções trazem a APS como nível de atenção, mas também a coloca em uma posição de organização das redes regionalizadas (BRASIL, 2012b).

A opção do MS de iniciar a gestão pela normatização e pelo financiamento de redes temáticas foi positiva no sentido de que quando 'partes' do sistema passam a funcionar com a lógica de Redes de Atenção à Saúde, elas podem influenciar a organização do todo a partir da mesma lógica. Sendo assim, essa seria a estratégia operacional mais viável para a concretização das Redes de Atenção à Saúde no futuro.

Neste contexto, em 2013, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD) foi instituída pela portaria GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e foi redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, com o objetivo de fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção.

A constituição da RASPCD é também uma das ações do eixo de cuidado integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Esse plano aborda as quatro principais doenças crônicas do país (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e os cânceres), temas também prioritários para a RASPCD, e os seus principais fatores de risco (tabagismo, consumo

nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e trabalha com três eixos: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral (BRASIL, 2011a).

Além da RASPCD, o MS também desenvolveu outras estratégias para o cuidado integral e a promoção da saúde, relacionadas às doenças crônicas. São elas: o Programa Academia da Saúde, que trabalha com o enfoque da promoção, da prevenção e da reabilitação; o Programa Saúde na Escola, que nos últimos anos teve como temas centrais a obesidade e a prática de atividade física; e efetuou uma revisão da portaria que regulamenta a atenção no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013), possibilitando ampliação importante do acesso do usuário ao tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde – passando de 2000 equipes de Atenção Básica cadastradas para mais de 20 mil equipes, que se comprometeram através do PMAQ a realizar ações para a abordagem do tabagista. Essas equipes, além de ofertar o tratamento, passam a ter acesso às medicações que contribuem para a cessação do hábito.

Frente aos desafios impostos por esse novo perfil epidemiológico do Brasil, ao atual contexto organizacional do SUS e às estratégias lançadas pelo MS nos últimos anos, este artigo tem como objetivo refletir sobre dois grandes temas que são transversais a essas questões. São eles: a implementação da RASPCD e o papel da atenção primária no cuidado das pessoas com condições/doenças crônicas.

Desafios para a implantação da RASPCD – regionalização, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e financiamento

Esta característica da doença crônica, de

ter longa duração e forte inter-relação com os hábitos de vida das pessoas, exige do sistema de saúde uma nova organização. Exige a adoção de um modelo de atenção que dê conta de um cuidado coordenado, continuado, organizado, proativo, integrado e que ainda tenha capacidade de apoiar a pessoa nas mudanças de vida que a doença ‘pede’ e que o indivíduo deseja (MENDES, 2012). Este cuidado deve ser principalmente realizado pela e na atenção primária (AP).

Além das necessárias mudanças na lógica do cuidado cotidiano das pessoas com doenças crônicas descritas acima, estas doenças demandam também organização regional da atenção à saúde. Pois para que a APS tenha a resolutividade imprescindível ao seu papel nesta rede de atenção à saúde - RASPCD, ela obrigatoriamente necessitará de apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos de atenção especializados (ambulatoriais e hospitalares). Assim, o cuidado integral de pessoas com doenças crônicas coloca no centro do debate a questão da regionalização do SUS.

A necessidade de organizar a atenção à saúde na região, a fim de garantir a integralidade e a equidade do cuidado da pessoa com doença crônica, impulsiona o avanço da regionalização, ao mesmo tempo que a rede organizada seria o produto concreto desse processo político de regionalização amadurecido. Desse modo, o desenvolvimento da rede regionalizada de atenção à saúde para as pessoas com doenças crônicas e a regionalização do SUS são processos interdependentes.

Cabe ressaltar que, além da evolução das normas e diretrizes que o Brasil vem apresentando para a organização das RAS e para a regionalização, é preciso uma mudança cultural da gestão no País. Por ser, neste momento, a gestão locorregional caracterizada pela competitividade entre os municípios, é preciso caminhar para a gestão cooperativa entre municípios e entre estados e municípios, a fim de possibilitar a concretização das Redes de Atenção à Saúde (SaNTOS, 2013).

Neste sentido, para de fato o SUS avançar

na concretização da regionalização, há necessidade de se rediscutir o papel dos estados. Nessas quase três décadas de desenvolvimento do SUS, fica claro o necessário protagonismo dos municípios no sentido de possibilitar a ampliação do acesso. Entretanto, fica evidente também que, atualmente, é indispensável que os estados assumam, em parceria com os municípios e com o apoio da gestão federal, o protagonismo para o desenvolvimento das regiões e para a conformação das Redes de Atenção à Saúde, desenvolvendo diretrizes locais e mediando as relações municipais.

No papel de protagonistas, no tocante à regionalização, destacam-se duas ações dos estados, que seriam essenciais: (1) definição formal do que é região de saúde para aquele estado (descrevendo a integralidade mínima esperada em cada região do estado a partir do Decreto nº. 7508. Por exemplo, Tocantins, que definiu claramente o que se espera de ações e serviços em cada região de saúde do estado – Resolução CIB 161, de 29 de Agosto de 2012: descreveu o percentual mínimo de cobertura de APS, qual o mínimo de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, o mínimo de serviços de saúde mental etc.); (2) desenvolvimento e fortalecimento da regulação estadual, quando a atenção se dá fora dos municípios, a partir da definição de protocolos de regulação e da organização das filas de espera. Um bom exemplo é a re-regulação da atenção oncológica, considerando que a maioria dos municípios do País não terá capacidade de oferecer um cuidado integral a esse usuário em seu próprio território, e necessitará de serviços em outras localidades; nesse caso, o estado pode intervir na atenção tanto criando protocolos de regulação para priorização da oferta de apoio diagnóstico nos casos de suspeita de câncer quanto para a regionalização do tratamento de casos já confirmados.

A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas será implantada por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, que, por sua vez, apresentam

diretrizes e princípios que podem auxiliar gestores e profissionais a repensar o atual modelo de atenção, suscitando mudanças tanto no cotidiano das equipes responsáveis pelo cuidado direto quanto das equipes responsáveis pela gestão do sistema de saúde. Dentre as diretrizes instituídas pela Portaria nº 483, destacam-se: a necessidade de regionalização das ações, principalmente aquelas relacionadas à atenção especializada, respeitando a linha de cuidado e as necessidades de saúde da população; a garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; e a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento e o compartilhamento do cuidado à pessoa com doença crônica.

Neste sentido, o MS já publicou duas linhas de cuidado: a que trata da atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade [Portaria nº. 424, 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013a)] e a que trata da atenção à pessoa com doença renal crônica [Portaria nº. 389, 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014a)]. O Ministério também vem trabalhando para a organização das linhas de cuidado do câncer de colo de útero e de mama. Para a organização destas duas últimas, o MS lançou, em 2014, uma portaria [Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014b)] que define financiamento diferenciado para serviços ambulatoriais especializados para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero (SRC) e para o diagnóstico de lesões da mama (SDM), e reviu a portaria que define as diretrizes para organização dos serviços hospitalares de cuidado da pessoa com câncer.

A portaria que define serviços ambulatoriais especializados na área da oncologia (SDM e SRC) propõe um novo modelo para a organização desses pontos de atenção, pois exige que tais serviços sejam regionalizados, tenham equipes de atenção primária adscritas, para as quais são referência, e realizem um rol mínimo de ações. A proposta de um modelo de financiamento da atenção especializada ainda não progrediu, já que seu custeio

permanece baseado na produção de ações e serviços, contudo, avança como proposta concreta de mudança do modelo de atenção para a atenção ambulatorial especializada.

O avanço na forma de financiamento não foi possível, entre outros motivos, em decorrência das dificuldades para o monitoramento, o controle e a avaliação através dos atuais sistemas de informação do País. Apesar disso, o futuro indica que será possível a proposição de outra forma de financiamento com o avanço dos sistemas de informação, a implantação do cartão SUS e a organização dos contratos organizativos de ações públicas da saúde.

Além destes dois pontos: mudança na lógica do cuidado cotidiano e revisão do papel do estado na regionalização e na regulação, as doenças crônicas tensionam o sistema para um fortalecimento da atenção primária como principal *locus* de cuidado da população. Exigindo um verdadeiro adensamento tecnológico da APS, a fim de que esta tenha a resolutividade esperada e necessária, e colocando-a em outro patamar, ampliando sua responsabilidade para além do cuidado materno infantil, do cuidado de doenças infectocontagiosas e da prevenção e promoção da saúde. A Atenção Primária à Saúde passa a ocupar uma posição central na organização das redes, tornando seu fortalecimento um elemento essencial para a concretização do cuidado resolutivo de pessoas com doenças crônicas.

A APS, dentro de um sistema organizado na lógica das redes, é responsável pela saúde integral de sua população, devendo cumprir os seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e exercer plenamente suas funções na RAS (ser a base do sistema, ser resolutiva, ser coordenadora do cuidado individual e ordenadora da RAS) (StarFIELD, 2002; BRASIL, 2012; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011).

Para ser a base do sistema, é necessário que a APS seja um ponto de atenção forte, estruturado e capilarizado por todo o território.

Para ter resolutividade, ela tem que atender com efetividade aos problemas mais comuns da sua população. Para ser a ordenadora da RAS, precisa conhecer sua população, saber de suas necessidades e organizar o acesso aos outros pontos de atenção. Por fim, para exercer a coordenação do cuidado individual, precisa trabalhar como centro de comunicação da RAS, compartilhando o cuidado com os outros serviços da rede (StarFIELD, 2002; BRASIL, 2012; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011).

Para que o fortalecimento da APS aconteça, é preciso que, antes, alguns desafios sejam superados, tais como: ampliar a formação de profissionais especialistas em APS; melhorar a distribuição e a fixação de profissionais; 'estender a efetividade clínica das equipes', com Educação Permanente e adensamento tecnológico das Unidades Básicas de Saúde; possuir sistemas de informação que facilitem a coordenação do cuidado e aumentar substancialmente o financiamento para a APS (BRASIL, 2003).

Além dessas questões estruturantes, o País precisa definir qual é a carteira de serviços mínima esperada da APS brasileira (saúde da família). A construção da Renases foi um primeiro passo, porém, ainda muito tímido. Há necessidade de ampliar a discussão e demarcar o que se espera dessa equipe multiprofissional em termos de responsabilidades e resolutividade. Em um primeiro momento, talvez haja necessidade de criar três ou mais tipos de carteiras de serviços, que poderiam ser escolhidas pelos gestores municipais de acordo com a realidade de cada município, para, no futuro, termos um padrão mínimo exigido da APS brasileira.

Essa definição de carteira de serviços deve ter correspondência com uma infraestrutura física e de densidade tecnológica à qual cada equipe deve ter acesso na sua própria Unidade Básica de Saúde. O financiamento da APS seria baseado, entre outros pilares, nessa carteira de serviços ou na capacidade resolutiva.

Sem a resolução de todas essas questões,

dificilmente a APS vai alcançar grande legitimidade perante a sociedade brasileira, e o passo anterior para isso é conquistar credibilidade suficiente com os gestores do SUS, para que estes propiciem as condições necessárias para a consolidação.

A questão do financiamento, colocada neste texto como o terceiro grande desafio para a implantação da RASPDC, diz respeito à garantia de financiamento adequado à opção da sociedade brasileira por um sistema de saúde público e universal, atualmente baseado na Atenção Primária à Saúde. Esse ponto inclui as discussões relacionadas ao orçamento público destinado ao SUS, à regulação dos serviços privados, ao gasto privado com saúde (e sua relação com a carga tributária brasileira) e à contradição da oferta de planos privados de saúde para servidores públicos (GIOVANELLA *et al.*, 2012; LEVCOVITZ, 2001).

A respeito do financiamento, se ainda se considerar que, além do recurso finito, houve aumento dos custos, com a incorporação de novas tecnologias, relacionado, principalmente, ao predomínio das doenças crônicas no perfil epidemiológico, e que ainda há excessiva oferta de ações e serviços de saúde de forma indiscriminada (baseada na oferta e não nas necessidades de saúde), fica evidente a obrigação das gestões de ampliar a relação custo-efetividade dos serviços de saúde utilizando, de forma mais corriqueira, os conceitos de escala, escopo e acesso na organização das linhas de cuidado. Mais uma vez, a regionalização pode se colocar como parte da solução do problema, aliada à mudança da cultura organizacional, como citado anteriormente.

Contudo, as portarias que versam sobre as redes temáticas, pactuadas de forma tripartite, ainda não trazem grandes avanços nas questões referentes ao planejamento (necessidade de saúde local, regulação etc.) e ao financiamento regionais, avanços esses que possam de fato incentivar tanto a mudança de papel dos estados como a cooperação entre os entes federados.

Outro ponto que dificulta a regionalização

são as muitas desigualdades regionais existentes, relativas não só às questões da saúde (ao acesso e à integralidade das ações), mas também ao desenvolvimento global das regiões. (SILVA, 2013; GIOVANELLA *et al.*, 2012). Isso agrega mais um fator complicador para as políticas públicas federais, que devem ser flexíveis o suficiente para que possam tratar diversificadamente de cada realidade/região do País, mas não tão flexíveis a ponto de impedir a definição de diretrizes comuns para termos um sistema de saúde verdadeiramente único em todo o Brasil.

Cuidado coordenado, continuado, organizado, integrado e proativo – papel da APS na rede de cuidado das pessoas com doenças crônicas

Coordenação do cuidado é um conceito complexo, que tem inter-relação com outros conceitos em saúde, mas podemos traduzir como uma organização deliberada de cuidado individual, centrada na pessoa, que possibilita, principalmente, integração e continuidade das várias ações de saúde prestadas nos diferentes serviços do sistema de saúde (MCDONALDS, 2010).

A coordenação tem dois componentes básicos: a transferência ou o acesso à informação (sistemas informatizados, prontuários compartilhados, eletrônicos ou não, sistemas de comunicação entre os pontos de atenção: discussão de casos, gestão da clínica, cuidado compartilhado) e o reconhecimento das informações necessárias para o presente atendimento (continuidade dos profissionais, lista de problemas, classificação de riscos, lista de medicamentos em uso, exames solicitados etc.) (StarFIELD, 2002).

Além de reconhecer quais informações são importantes para o cuidado, é preciso também conhecer e guiar o caminho que o

usuário deve percorrer na rede de atenção, para garantir um cuidado integral de qualidade. Portanto, coordenar o cuidado implica, também, garantir que o paciente receba em outros pontos de atenção o cuidado de que necessita, englobando na sua concretização a continuidade do cuidado e exercendo outros atributos, como o acesso, a integralidade e a responsabilidade pelo cuidado de uma comunidade (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

Neste sentido, a organização, pela gestão estadual, em parceria com os municípios, de linhas de cuidado temáticas e de regras de acesso aos outros pontos de atenção (regulação) são de grande importância para apoiar as equipes de APS nessa tarefa.

A coordenação do cuidado individual como estratégia de cuidado é vista na literatura como uma habilidade essencial para que os profissionais de saúde da APS cuidem de pacientes com doenças crônicas (HOFMARCHER *et al.*, 2007). Ela auxilia a equipe na prevenção quaternária, já que pode evitar novas solicitações de exames e interações medicamentosas, assim como diminuir erros e complicações. A coordenação é também importante economicamente, pois pode evitar gastos desnecessários, tanto para o sistema de saúde como para a própria pessoa.

Com relação à organização e à proatividade da equipe de APS no cuidado de pessoas com doenças crônicas, pode-se dizer que o modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori*, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar até a necessidade de cada indivíduo (MALTA; MERHY, 2010).

Isso fica evidente com o elevado absentismo nas chamadas consultas de rotina/controlado, evidenciando que quando uma equipe prioriza a sua 'própria' lógica (lógica da doença), em vez da necessidade do paciente (a prevenção/continuidade do cuidado frente ao sofrimento atual), e quando amplia o número de consultas de rotina em detrimento da oferta de atenção, quando solicitada de maneira espontânea pelo usuário, a tendência é de que aquela consulta de rotina não faça

sentido para a pessoa portadora de doença crônica, já que ela, naquele momento, geralmente, está assintomática.

O cuidado de pessoas com doenças crônicas, sim, precisa ser planejado, porém, há de se chegar a um equilíbrio difícil entre organizar o cuidado de acordo com as 'necessidades' das doenças crônicas (verificação do controle metabólico, realização de exames físicos, laboratoriais e propedêuticos periódicos, acompanhamento da adesão ao tratamento e da manutenção das mudanças de hábitos) e as necessidades da pessoa, ofertando acesso amplo e irrestrito sempre que solicitado.

Além de buscar o equilíbrio entre o acesso e a organização da atenção, as equipes de APS precisam estar familiarizadas com as tecnologias e os conhecimentos (advinhos, em geral, dos campos da psicologia e da antropologia) necessários para sua atuação junto aos usuários na orientação da mudança de hábitos e na adesão ao tratamento, itens fundamentais para o cuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas. Precisam, ainda, estar aptas a apoiar mudanças, não apenas individuais, mas, também, familiares. Por exemplo, diante do surgimento de um novo contexto, quando um membro da família deixa de exercer alguma função devido a uma doença crônica.

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais (no Brasil, representadas na APS pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) precisam exercer suas habilidades entrando de fato no círculo do cuidado das pessoas com doenças crônicas com atenção direta ao usuário, já que aquelas detêm as habilidades e os conhecimentos necessários para atuar em questões como, por exemplo: adesão ao tratamento, reabilitação, adaptação individual e familiar a um novo contexto, entre outras situações.

Essas são algumas das mudanças de paradigma que a doença crônica demanda do processo de trabalho das equipes de APS, pois exigem alta resolutividade, com amplo espectro de atuação, e isso exige trabalho multiprofissional e uso de diferentes densidades tecnológicas.

Consideração final

Retomando o que foi exposto, pode-se dizer que o tema ‘pessoas com doenças crônicas’, pela sua grande importância epidemiológica, pelo seu impacto social e por exigir micro e macromudanças no SUS, pode ser uma grande força motriz para impulsionar a concretização destas duas estratégias de enfrentamento dos atuais desafios do SUS: ‘a organização das Redes de Atenção à Saúde e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde’.

A concretização dessas estratégias – através da revisão de conceitos, então conso-lidados, da ampliação do debate em torno do papel dos estados, do tema da regionalização, do financiamento, do fortalecimento da APS e da proposição de soluções inovadoras para a sociedade – pode gerar um círculo virtuoso para a consolidação do sistema de saúde brasileiro, propiciando que este se mantenha em um caminho ascendente, ampliando tanto o acesso da população aos cuidados em saúde como os impactos do SUS nos indicadores de saúde do País. s

Referências

BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.358, n.10, p. 1064-1071, mar. 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF; 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 189 de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento

do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 483 de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/123164-483.html>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 571 de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. 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, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2.ed. revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. (A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde- PNS:2012-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

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

DAVIES, G. P. et al. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine. UNSW, 2006.40 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2012.

HARZHEIM, E. (Coord.). *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*.

Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H; RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination*. OECD Health Working Paper, 30. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MCDONALD, K. M. et al. *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados Inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF: OMS; 2003

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas*. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4).

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SCHOEN, C et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, Maryland, v. 30, n. 12, 2011.

SILVA, S.F. (Org.). *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

