



PROPOSTA DE UM LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SANTO ANTONIO DO MONTE-MG

MARÇO DE 2013

1

Sumário

I. O OBJETO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE	3
II. O ALINHAMENTO CONCEITUAL	3
1. O que é um Laboratório de Inovações	4
2. O que é condição crônica	6
III. O PROBLEMA DO ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SUS	7
IV. A SOLUÇÃO PARA O PROBLEMA DO MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SUS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	11
V. UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
VI. O DESENVOLVIMENTO DO LIACC/Samonte	24
3. A estrutura organizacional do LIACC/Samonte	24
4. A dinâmica do laboratório	26
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

I. O OBJETO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE

O objeto desse trabalho é desenvolver um Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais (LIACC/Samonte).

O LIACC/Samonte tem como escopo a atenção às seguintes condições crônicas: hipertensão arterial, diabetes, gestação e crianças de até um ano de idade.

O LIACC/Samonte terá como foco principal a atenção primária à saúde, a atenção secundária ambulatorial, os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos das redes de atenção à saúde, referentes às condições crônicas prioritárias. Além disso, esse laboratório procurará integrar, por meio do modelo de atenção, as ações de vigilância em saúde e de assistência.

O objetivo final do LIACC/Samonte será gerar valor em saúde para a população, sendo o conceito de valor em saúde estabelecido pela relação entre os resultados sanitários obtidos em relação aos recursos despendidos (Porter & Teisberg, 2007).

O referencial teórico para o desenvolvimento do LIACC/Samonte será o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) aplicado na atenção primária à saúde e na atenção secundária ambulatorial.

O LIACC/Samonte buscará propor e validar tecnologias de atenção à saúde inovadoras e avaliá-las no âmbito do município de Santo Antônio do Monte. A expansão dessas tecnologias para o conjunto dos municípios desta microrregião, bem como para as outras microrregiões do estado, é uma tarefa de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, não considerada no âmbito deste laboratório.

II. O ALINHAMENTO CONCEITUAL

Um Laboratório Inovações de Atenção às Condições Crônicas (LIACC) implica dois conceitos fundamentais: o que é um laboratório de inovações e o que é condição crônica.

1. O que é um Laboratório de Inovações ¹

Nos sistemas de saúde, organizações de altíssima complexidade, fazer mais do mesmo nem sempre funciona. Muitas vezes são necessárias mudanças profundas nos instrumentos da gestão e da atenção. Disso decorre a importância de gerar inovações.

Infelizmente, não há livros ou manuais que expliquem como inovar e o processo de aprendizagem requer necessariamente experiência.

Inovação contínua, geralmente definida como a introdução de algo novo ou radical que leva a uma mudança positiva, é vital para a renovação dos sistemas de saúde.

Para Rifat Atun, um especialista na área de inovação em saúde, a baixa adoção de inovação nos sistemas de saúde significa perda de oportunidade de avançar na redução da morbidade e da mortalidade. A inovação está no centro dos processos de avanço tecnológico e tem, de fato, capacidades de resolver muitos problemas em saúde. Inovação é uma das chaves para superar as iniquidades em saúde e para aumentar a produtividade do setor. Ou seja, é cada vez mais necessária a geração e utilização de novos conhecimentos e a superação das barreiras que impedem a adoção das inovações.

O conceito de inovação em saúde é o de introdução e adoção de novos processos, produtos, práticas, programas ou políticas criadas para atender um problema real e que se destina a trazer benefícios significativos para indivíduos, grupos, sociedades ou organizações. Essa definição destaca o valor social da inovação, ou seja, não basta ser novo ou somente uma sofisticação tecnológica, mas sim os resultados positivos que ela produz para os indivíduos ou coletividades.

Destacam-se como atributos da inovação as idéias, o processo ou os produtos novos ou que melhoraram processos já existentes, a aplicação prática e a geração de benefícios. Para ser inovadora, uma mudança deve produzir benefícios e a eficácia desses benefícios tem de ser comprovada.

A inovação deve ser embasada por evidência e ser traduzida e aplicável aos sistemas de saúde, considerando-se o ritmo e o tempo necessário para garantir a sustentabilidade da inovação. Segundo Ezziane (2012) inovação deve ter evidência e ser apoiada empiricamente, resultando em aumento do

¹ Texto retirado de Kemper ES; Tasca R. (2012).



nível de confiança dos decisores políticos, executivos de saúde, bem como médicos e enfermeiros.

É preciso também criar mecanismos para incentivar a produção da inovação, facilitar a adoção e difusão, compreendendo que, para uma boa implantação da inovação, o processo deverá ser apoiado e incentivado, com ênfase nos ganhos e resultados positivos a ser obtidos, derivados do trabalho coletivo e de boa liderança.

Uma forma organizada de gerar inovação é por meio de laboratório de inovação.

O laboratório de inovação é um espaço de produção/identificação de inovações e de gestão do conhecimento, a partir da análise de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde. Foi desenvolvido como uma proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, buscando incentivar a produção e adoção de inovação.

Parte do pressuposto de que o SUS é um imenso “laboratório”, em que muitas ideias, processos, ferramentas e práticas são desenvolvidas a partir da iniciativa de gestores municipais, estaduais ou federais que precisam de apoio para sistematização e divulgação das que se caracterizam como inovação em saúde.

Essa estratégia vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada desde 2008 e faz parte do escopo de cooperação técnica entre OPAS/OMS no Brasil, Ministério da Saúde e outros parceiros. O CONASS, nos últimos anos, aderiu como parte de seu plano estratégico de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde, ao trabalho em laboratórios de inovação.

Dessa forma, surgiu a ideia dos Laboratórios de Inovação, com a intenção de criar comunidades de inovadores que precisam de ferramentas para poder intervir de forma eficiente nos problemas de gestão e de atenção à saúde. Considera que muitas experiências significativas são produzidas, porém carecem de sistematização e de espaços que propiciem a análise mais aprofundada dos problemas e o compartilhamento de soluções.

A estratégia dos laboratórios de inovação está voltada para a detecção e qualificação de inovações em saúde, as quais promoveram mudanças que resultaram em melhoria na saúde, em diferentes aspectos como desempenho, satisfação, qualidade, eficiência, eficácia, transparência, enfim, que produziram resultados positivos e agregaram valor para a sociedade.

Uma solução nova, não necessariamente se caracteriza como uma inovação em saúde

Os laboratórios de inovação buscam dar visibilidade às inovações e aos processos de produção, incorporação e sustentabilidade, como uma forma de estimular ainda mais a produção de inovações e transpondo as barreiras que impedem a sua adoção, criando um “ecossistema” de inovação em saúde.

Os laboratórios de inovação são operacionalizados por um conjunto de estratégias como: fase preparatória: seleção do tema, revisão bibliográfica e formação de grupo de trabalho; fase operacional: seleção de experiências e práticas bem sucedidas, estudos de caso, ciclos de debates e visitas de intercâmbio; resultados: sistematização, divulgação e produção de conhecimento.

2. O que é condição crônica

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas e eventuais ou contínuas por parte dos sistemas de atenção à saúde.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde - o objeto dos sistemas de atenção à saúde -, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (von Korff et al, 1997), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por duas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; e segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa conduta, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou

menos permanentes, expressos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (Singh, 2008).

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e influenza, ou de doenças infecciosas ou inflamatórias, também de curso curto, como amigdalite ou apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo são consideradas condições crônicas.

As condições crônicas englobam todas as doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas etc.), mas abarcam, também, as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; os *illnesses*; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e as doenças bucais.

Assim, as condições de saúde priorizadas no LIACC/SAMONTE são, todas elas, condições crônicas: hipertensão, diabetes, gestação e criança de até um ano de idade.

As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas podem se manifestar, em momentos discretos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

Do ponto de vista da organização dos sistemas de atenção à saúde, o que caracteriza uma condição crônica é a forma da resposta social deste sistema que será, sempre, proativa, contínua e integrada. Bem diferente do modo de resposta às condições crônicas que pode ser episódica e reativa.

III. O PROBLEMA DO ENFRENTAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SUS

A situação de saúde brasileira caracteriza-se por uma transição demográfica muito acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.

Do ponto de vista demográfico, 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. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE, mostraram que, em 2008, 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de uma lista de doze doenças crônicas selecionadas (IBGE, 2010). Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

A situação epidemiológica brasileira, expressa em estudos de carga de doenças, mostra que 66,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade se devem a doenças crônicas; 14,7% a doenças infecciosas e parasitárias; 10,2% a causas externas; e 8,8% a condições maternas e perinatais (Schramm et al., 2004). Em Minas Gerais, esses valores são de, respectivamente, 76,3%, 14,9% e 8,8% (Valente, 2011). Além disso, há uma prevalência acentuada de fatores de riscos proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida como tabagismo, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças, inatividade física, consumo abusivo de álcool, sexo inseguro e outros (Ministério da Saúde, 2007).

Essa complexa situação de saúde, vigente no Brasil e em Minas Gerais, pode ser definida como de tripla carga de doenças, porque envolve, concomitantemente: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento das causas externas (Frenk, 2006).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas epidemiológicas singulares. Há, portanto, uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que, ambas, constituem a transição da saúde.

A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Esse é o postulado da coerência. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde pela ruptura do postulado da coerência.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltada, principalmente, para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo no Brasil. O descompasso se expressa numa profunda incoerência entre uma situação de saúde do século XXI, com predominância de condições crônicas, e um sistema de atenção à saúde do século XX voltado para as condições agudas e agudizações de condições crônicas e estruturado de forma fragmentada.

A Organização Mundial da Saúde (2003) tem um diagnóstico incisivo dessa crise dos sistemas de atenção à saúde de todo universo: “Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilos de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, oportunamente, às mudanças contextuais, gerando situações de crise.

A crise se materializa no descompasso entre uma situação de saúde do século XXI sendo respondida socialmente por um sistema de atenção à saúde do século XX.

O sistema de atenção à saúde, vigente no SUS, é o sistema fragmentado que são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de

atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Mas, fundamentalmente, esses sistemas se organizam para atender, prioritariamente, as condições agudas e as agudizações de condições crônicas mal manejadas, especialmente na atenção primária à saúde, de forma episódica e reativa.

Os resultados dos sistemas fragmentados no manejo das condições crônicas são desastrosos, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. Nos Estados Unidos uma avaliação mostrou os seguintes resultados em relação ao diabetes: havia 8 milhões de portadores de diabetes com diagnóstico da doença e outros tantos sem diagnóstico; 35% dos portadores de diabetes desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de diabetes tiveram 5 vezes mais chances que os não portadores de diabetes de apresentarem um acidente vascular cerebral; aproximadamente 15% dos portadores de diabetes sofreram algum tipo de amputação de extremidade; havia 144.000 mortes prematuras de portadores de diabetes, uma perda de 1,5 milhões de anos de vida produtiva e uma incapacitação total de 951 mil pessoas; a produtividade anual era 7 mil dólares menor nos portadores de diabetes em relação aos não portadores de diabetes; um portador de diabetes tinham o dobro de possibilidade de aposentar-se precocemente que um não portador de diabetes; e um portador de diabetes custava, anualmente, ao sistema de atenção à saúde, 11.157 dólares comparado com 2.604 dólares para não portadores de diabetes (Barr et al., 1996).

Resultados negativos no controle de condições crônicas são comuns no SUS. Estudo realizado pela UNIFESP e FIOCRUZ em 22 centros clínicos do Brasil, por meio do exame de hemoglobina glicada em 6.671 portadores de diabetes encontrou que: apenas 10% dos portadores de diabetes tipo 1 apresentaram níveis glicêmicos controlados; apenas 27% dos portadores de diabetes tipo 2 apresentaram níveis glicêmicos controlados; 45% do total de portadores de diabetes apresentaram sinais de retinopatias; 44% do total de portadores de diabetes apresentaram neuropatias; 16% do total de portadores de diabetes apresentaram alterações renais (Dominguez, 2007).

É interessante ressaltar que os resultados dos desfechos clínicos do diabetes são igualmente ruins, tanto num sistema que despense 6.700 dólares por ano, o americano, como no Brasil, que despense 427 dólares por ano. E, também, não são melhores os resultados das UNIMEDs de Minas Gerais no

controle do diabetes, organizações que despendem quatro vezes mais recursos per capita que o SUS (Chaves et al., 2010).

Tudo isso evidencia que a questão central da performance dos sistemas de atenção à saúde não está no volume de recursos, mas no modelo de atenção (Mendes, 2011).

IV. A SOLUÇÃO PARA O PROBLEMA DO MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SUS: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A solução para as deficiências do SUS em responder, com efetividade, eficiência e qualidade, às condições crônicas passa pela superação do sistema fragmentado vigente por meio da implantação de sistemas integrados, ou seja, das redes de atenção à saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2011).

As redes de compõem de uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A população da rede de atenção à saúde é aquela cadastrada na atenção primária à saúde.

A estrutura operacional é constituída pelos elementos das redes de atenção à saúde: a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de gestão.

Um terceiro elemento das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde que se diferenciam, profundamente, em relação às condições agudas e às condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e as suas subpopulações

estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

V. UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

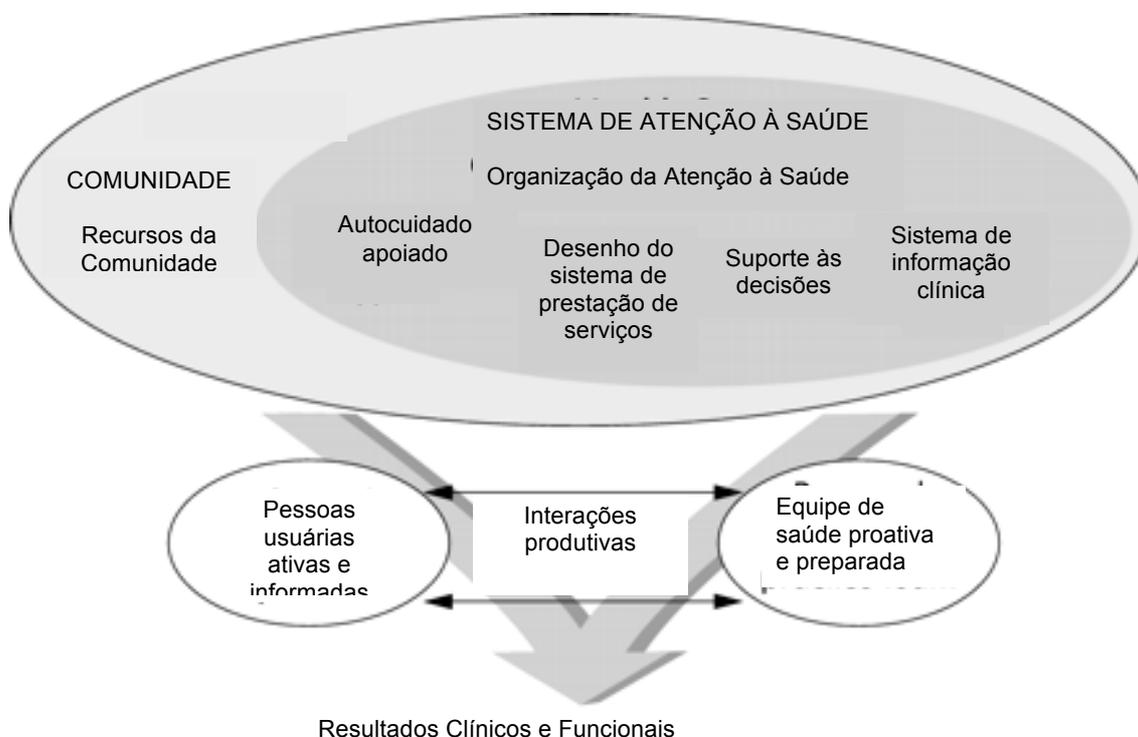
As ações operacionais do LIACC/Samonte terá como referencial teórico o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que foi construído a partir de três modelos: o Modelo da Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide d risco e o Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

1. O Modelo de Atenção Crônica

Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas, são construídos a partir de um modelo seminal, o Modelo de Atenção Crônica, uma tradução literal de Chronic Care Model (CCM). Este modelo foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre o manejo das condições crônicas e publicado, pela primeira vez, em 1998 (Wagner, 1998).

O trabalho original de apresentação do CCM é de Wagner (1998), representado na Figura 1. Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir, através de interações produtivas, melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Figura 1: O Modelo de Atenção Crônica (CCM) (*)



Fonte: Wagner (1998)

(*) Autorização de uso de imagem concedida ao autor por Susan Klumb, Publishing Coordinator do American College of Physicians, em janeiro de 2008

As mudanças na **organização da atenção à saúde** objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de:

Melhoria do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes sêniores;

Introdução de estratégias potentes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas;

Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde;

Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção à saúde;

Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

As mudanças no **desenho do sistema de prestação de serviços de saúde** objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva promovendo profundas transformações na forma como se ofertam os serviços de saúde. Isso se faz por meio de:

Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde;

Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência;

Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas;

Manejo das condições crônicas por estratos de riscos;

Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde;

Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura.

As mudanças no **suporte às decisões** objetivam promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

Introdução de diretrizes clínicas baseada em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde;

Compartilhamento das diretrizes clínicas baseadas em evidência e das informações clínicas com as pessoas usuárias para fortalecer sua participação na atenção à saúde;

Uso de ferramentas de educação permanente de comprovada efetividade;

Integração da atenção primária à saúde com a atenção especializada.

As mudanças no **sistema de informação clínica** objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva. Isso se faz por meio de:

Uso de prontuário eletrônico capaz de fazer o registro dos portadores de condições crônicas segundo riscos;

Provisão de alertas, lembretes e feedbacks oportunos para os profissionais de saúde e para as pessoas usuárias;

Identificação de subpopulações relevantes, em função de riscos, para uma atenção à saúde proativa e integrada;

Elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária;

Compartilhamento de informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à saúde;

Monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção à saúde.

As mudanças no **autocuidado apoiado** objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;

Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as ações de resolução de problemas e o monitoramento;

Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

As mudanças nos **recursos da comunidade** objetivam mobilizar esses recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias. Isso se faz por meio de:

Encorajamento das pessoas usuárias para participarem em programas comunitários efetivos;

Parcerias entre as organizações de saúde e as organizações comunitárias para dar apoio e desenvolver programas que ajudem a atender às necessidades das pessoas usuárias;

Advocacia de políticas que melhorem a atenção à saúde.

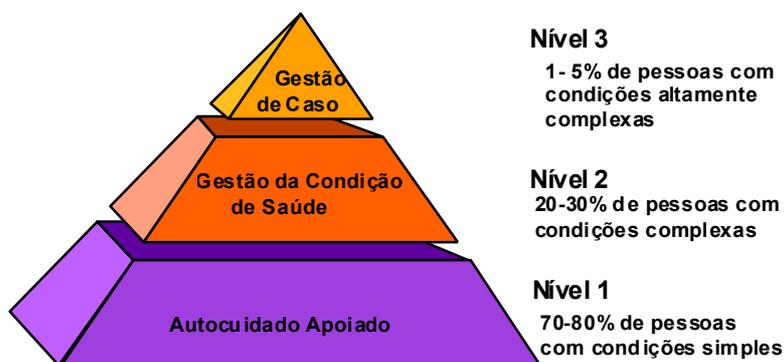
Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta,

seja na avaliação de seus elementos separadamente (Bodenheimer et al., 2002; Singh, 2005; Ham, 2007; Rand Health, 2008).

2. O Modelo da Pirâmide de Risco (MPR)

O MPR foi desenvolvido pela Kaiser Permanente, uma operadora de planos de saúde americana, como base da estratificação de riscos das condições crônicas. Esse modelo é mostrado na Figura 2.

Figura 2: O Modelo da Pirâmide de Risco



Fontes: Singh, 2005; Porter e Kellogg (2008).

A lógica do MPR está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde muito complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

O MPR constatação empírica de que, numa população de portadores de condições crônicas, 70 a 80% são portadoras de condições simples que devem ser manejadas, principalmente, por ações de autocuidado apoiado, ofertadas na atenção primária à saúde; 20 a 30% são portadoras de condições complexas que devem ser manejadas pelas tecnologias de gestão das condições de saúde, com base na estratificação de riscos, envolvendo uma equipe de atenção primária à saúde com apoio de especialistas; 1 a 5% são portadoras de condições altamente complexas que demandam as

tecnologias de gestão de casos, coordenadas por um gestor de caso e mobilizando vários pontos de atenção à saúde de uma rede.

À medida que evolui a complexidade de uma condição crônica, do nível 1 para o nível 3, aumentam, relativamente, os cuidados profissionais frente às ações de autocuidado e incrementam-se relativamente os cuidados profissionais. Compreender e operacionalizar essa situação é fundamental para prover o cuidado certo, no lugar certo, com a qualidade certa e com o custo certo - uma característica dos sistemas atenção à saúde organizados em redes -, e para racionalizar a agenda das unidades de atenção primária à saúde.

Há evidências de que o MPR, quando aplicado, melhorou a qualidade de vida das pessoas usuárias e reduziu as internações hospitalares e as taxas de permanência nos hospitais (Singh e Ham, 2006; Porter, 2007).

3. O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (MDSS)

Nos sistemas públicos universais surgiu a necessidade de ampliar o escopo do modelo de atenção crônica para dar conta de grupos populacionais mais amplos. Isso convoca algum modelo de determinação social da saúde, mas o que foi indicado para utilização no nosso país, pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, foi o Modelo de Dahlgren e Whitehead, mostrado na Figura 3.

Figura 3: O Modelo da Determinação Social de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

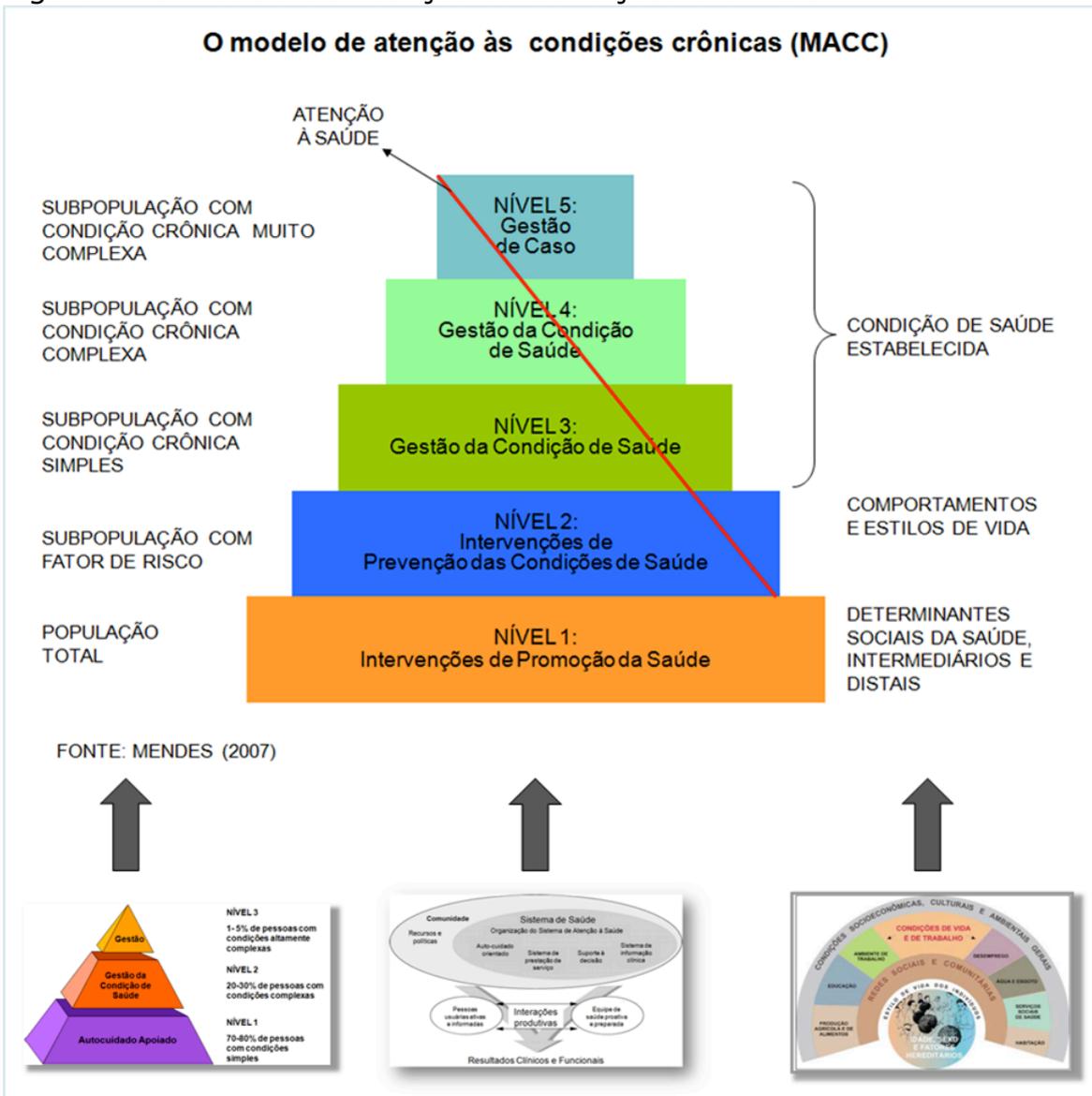
Esse modelo representa os determinantes sociais da saúde em camadas concêntricas, de acordo com seus níveis de abrangência. No centro do modelo situam-se os indivíduos com suas singularidades em termos de

idade, sexo e carga hereditária que influem sobre seus potenciais de vida e suas condições de saúde. Na segunda camada estão os comportamentos e os estilos de vida dos indivíduos. Na terceira camada situa-se a coesão social propiciada por redes sociais e comunitárias e que se manifesta no grau de acumulação do capital social. Na quarta camada estão localizados os determinantes relativos às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, ambientes saudáveis e acesso a saúde, educação, habitação e saneamento. Por fim, mais distalmente, estão os macrodeterminantes relacionados com as condições econômicas, ambientais e culturais, incluindo o processo de globalização.

4. O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Com base no MDSS, nos elementos do CCM e no MPR, Mendes (2011) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que foi denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) e que se vê na Figura 4.

Figura 4: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2011)

O MACC pode ser aplicado a diferentes territórios/populações: ao País, a um estado, a um município, a um distrito sanitário ou a uma população adscrita a uma equipe de PSF.

O lado esquerdo da Figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade de uma rede de atenção à saúde. Essa



população e suas subpopulações devem ser cadastradas na atenção primária à saúde e devem ser registradas segundo os diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população total; o nível 2, as subpopulações com fatores de riscos proximais, aqueles ligados aos comportamentos e aos estilos de vida:

subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, de sedentários, de usuários excessivos de álcool, com alimentação inadequada etc.; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos biopsicológicos e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de uma população por um sistema de atenção à saúde e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população.

O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde. No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde distais e intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc. No nível 2, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e estilos de vida como sedentarismo, tabagismo, sobrepeso ou obesidade, alimentação inadequada, uso abusivo de álcool e outras drogas, sexo inseguro e outros. No nível 3, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde individuais ligados ao sexo, idade e fatores hereditários como os fatores de riscos biopsicológicos e as condições de saúde estabelecidas.

A parte intermediária da Figura 4 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários, sustentadas pelas evidências contidas no modelo da atenção crônica.

No nível 1, as intervenções serão de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção será por projetos intersetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de aumento da escolaridade, de melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população.

No nível 2, as intervenções serão de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos

comportamentos e aos estilos de vida. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR. As intervenções serão predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica e a partir da gestão baseada na população.

A partir do nível 3 exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos relativos à idade, ao gênero e à hereditariedade, como idade, gênero, herança genética, hipertensão, hiperlipidemia, depressão e intolerância à glicose. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde, com ênfase em autocuidado apoiado e com baixa concentração de cuidado profissional (Porter e Kellogg, 2008).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Assim, no nível 3, vai-se operar, em geral, na atenção primária à saúde e, principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe de saúde com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional e, neste nível é que se necessita da atenção cooperativa dos especialistas e generalistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (Berk e Monheint, 1992). Assim, 1% da população usuária de um sistema de saúde gasta mais de um terço do total de recursos desse

sistema. Além disso, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de atenção profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

5. Os âmbitos de aplicação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

A aplicação do MACC será na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Secundária Ambulatorial. No âmbito da Atenção Primária à Saúde há experiências internacionais de aplicação do Modelo de Atenção Crônica e do Modelo da Pirâmide de Risco. No Brasil, também há experiências nesse âmbito de cuidados primários, destacando-se, dentre elas, o Laboratório de Atenção às Condições Crônicas na atenção primária à saúde, desenvolvida na Secretaria municipal de Saúde de Curitiba (Moysés, Silveira Filho e Moysés, 2012).

No âmbito da Atenção Secundária Ambulatorial há pouca reflexão e prática sobre o tema. Teoricamente, a aplicação do MACC na Atenção Secundária Ambulatorial deverá provocar mudanças profundas nesse nível das redes de atenção à saúde que se estrutura, no SUS, sob a forma do modelo tradicional do centro de especialidade médica (modelo CEM). O MACC implicará transformações que levem à estruturação e consolidação de um novo modelo de Atenção Secundária Ambulatorial que se denomina de modelo para o Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA).

O Quadro 1 mostra as características desses dois modelos alternativos de organização da Atenção Secundária Ambulatorial

MODELO CEM tradicional (Centro de Especialidades Médicas)	MODELO PASA (Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial)
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela ESF
Programação feita na própria unidade sem estratificação de risco	Programação feita na ESF com estratificação de risco
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra-referência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em diretrizes clínicas, construídas com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede.	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a ESF
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas a gestão da clínica
Atenção sem plano de cuidado individual	Atenção com plano de cuidado individual elaborado, conjuntamente, por generalistas e especialistas.
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa.
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Fonte: Mendes (2012)

VI. O DESENVOLVIMENTO DO LIACC/Samonte

O laboratório será desenvolvido em momentos.

1. A seleção das condições crônicas

A seleção das condições crônicas foi realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte.

As condições crônicas definidas foram: hipertensão arterial, diabetes, gestação e crianças de até um ano de idade.

2. O tempo de duração do LIACC/Samonte

O laboratório de inovações terá uma estrutura de um projeto organizacional, já que terá uma duração finita no tempo. Essa finitude temporal é uma característica de um laboratório de inovação e marca toda sua programação.

A vida do projeto está estabelecida para iniciar-se em março de 2013 e terminar em dezembro de 2014.

3. A estrutura organizacional do LIACC/Samonte

3.1. Grupos de condução do laboratório

Haverá dois grupos de condução.

Um grupo de condução será organizado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e terá representação de autoridades e servidores das áreas envolvidas com o objeto do laboratório. Esse grupo será responsável pela condução político-administrativa do laboratório no âmbito central e pela articulação com as instituições parceiras no laboratório, o CONASS, a OPAS, a Secretaria Municipal de saúde de Santo Antônio do Monte e a Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

Outro grupo de condução deverá ser instituído no nível local, em Santo Antônio do Monte, com caráter mais de condução operativa, e será composto por servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e da Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia que é responsável pela atenção secundária ambulatorial referente às condições crônicas escolhidas.

3.2. Grupos temáticos

Os grupos temáticos serão constituídos verticalmente, envolvendo técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e da Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia.

A escolha dos técnicos será feita pelo critério da expertise no campo específico.

Esses grupos terão duas funções: uma primeira de desenvolver os modelos de intervenção e uma segunda de supervisionar a implantação e a avaliação dos modelos de intervenção desenvolvidos.

Inicialmente, em função do modelo teórico a ser aplicado, identificam-se os seguintes grupos temáticos:

- a. Grupo de Prevenção: Trabalhará o nível 2 do MACC, com ênfase no controle do tabagismo, no programa de reeducação alimentar, no programa de atividade física e no programa de manejo do estresse;
- b. Grupo de desenho do sistema de prestação de serviços: Novas formas de atenção (atenção centrada na pessoa, abordagem familiar, atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares, atenção à distância, trabalho interdisciplinar e trabalho conjunto de especialistas e generalistas);
- c. Grupo de Autocuidado Apoiado: Definição da tecnologia de autocuidado apoiado, no estabelecimento de um modelo de elaboração e monitoramento do plano de cuidado e nas tecnologias de suporte às mudanças comportamentais (modelo transitório de mudança, entrevista motivacional, grupo operativo e processo de solução de problemas);
- d. Grupo de Sistema de Informação Clínica: Implantação de prontuário eletrônico que articule a atenção primária à saúde, a atenção secundária ambulatorial e os sistemas de apoio;
- e. Grupo de Educação Permanente e Educação em Saúde: Apoio às decisões, com ênfase especial na utilização de especialistas na educação permanente dos generalistas;
- f. Grupo de Qualidade: ênfase na certificação das unidades de atenção primária à saúde e de atenção secundária ambulatorial;

- g. Grupo de Relações com a Comunidade: Definição e implantação de mapas de recursos comunitários para o controle das condições crônicas e de um sistema de institucionalização de parcerias dos serviços de saúde e das instituições comunitárias;
- h. Grupo de Diretrizes Clínicas: Revisão das diretrizes clínicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com ênfase na estratificação dos riscos para os níveis 3, 4 e 5 do MACC;
- i. Grupo de Gestão da Clínica: Definirá, para os níveis 3, 4 e 5, um sistema de programação e monitoramento das condições crônicas escolhidas, realizado a partir da atenção primária à saúde, um sistema de contrato de gestão, um sistema de gestão dos riscos da atenção e um sistema de gestão de caso;
- j. Grupo de Infraestrutura: Definição de uma planta de pessoal para a atenção primária à saúde e para a atenção secundária ambulatorial e uma planta física de unidades de atenção primária à saúde e de atenção secundária ambulatorial;
- k. Grupo de Teleassistência: Definição de modelos de segunda opinião de especialistas à distância e de atenção à distância;
- l. Grupo de Pesquisa: Definição de modelos de pesquisa avaliativa nas seguintes dimensões: pesquisa de avaliação de processos e resultados, pesquisa de avaliação econômica, pesquisa sobre recursos humanos no MACC e pesquisa clínica.

3.3. Consultores externos

Os grupos temáticos deverão contar com o apoio de consultores externos com conhecimento e experiência nos temas a serem desenvolvidos. Esses consultores serão escolhidos, de comum acordo, pelas instituições parceiras.

4. A dinâmica do laboratório

4.1. Formalização do laboratório

As relações formais entre o CONASS, a OPAS, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e a Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia devem ser formalizadas

em instrumento que estabeleçam as competências de cada entidade parceira.

4.2. Diagnóstico das condições de saúde no município de Santo Antônio do Monte

Um diagnóstico rápido deverá ser feito pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte, com apoio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e da Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia, sobre aspectos estruturais, processuais e de resultados da hipertensão arterial, diabetes e atenção às gestantes e às crianças de até um ano de idade no município.

4.3. O alinhamento conceitual do modelo de atenção às condições crônicas

O alinhamento conceitual do modelo de atenção às condições crônicas será feito através de uma oficina, realizada em Santo Antônio do Monte e conduzida pelo CONASS. A oficina terá a duração de 16 horas presenciais e será denominada de "O Modelo de Atenção às Condições Crônicas: aspectos conceituais". Deverão participar dessa oficina, técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, incluindo técnicos da Superintendência Regional de Divinópolis, da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte, da Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia, do CONASS e da OPAS.

4.4. Oficina de implantação dos macroprocessos básicos na atenção primária à saúde

Um conjunto de oficinas será desenvolvido para a implantação dos macroprocessos básicos na atenção primária à saúde como gerenciamento de processos, territorialização, classificação de riscos familiares, cadastramento das famílias, diagnóstico local, planejamento da infraestrutura física, planta de pessoal, estratificação de riscos, acolhimento e atendimento à demanda espontânea, programação e monitoramento e agenda.

Essas oficinas serão desenvolvidas articulando momentos presenciais e momentos de dispersão, mas a dispersão será feita por uma atividade de *coaching* que significa a presença, neste momento, dentro das unidades básicas de saúde, de um tutor com experiência prática nesses processos, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família.

4.5. Oficina de definição das estratégias de intervenção

Esta oficina será realizada na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e terá como objetivo, com base no diagnóstico de situação das condições

crônicas escolhidas e nas observações realizadas durante a oficina de alinhamento conceitual, definir as estratégias de intervenção que serão utilizadas no laboratório. Isso é importante porque dificilmente haverá recursos e condições para implantar-se todo o elenco de estratégias proposto pelo MACC.

Esta oficina será feita com participação dos grupos de condução central e local, do CONASS e da OPAS.

4.6. Oficinas de implantação das tecnologias do MACC

Essas oficinas serão realizadas na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada.

Na atenção primária à saúde elas têm um pré-requisito que é a implantação dos macroprocessos básicos.

As oficinas deverão ser formatadas em função das estratégias de intervenção que forem definidas na oficina dos grupos de condução

4.7. Seminários temáticos

Para dar suporte aos trabalhos dos grupos temáticos poderão ser realizados alguns seminários temáticos relativos aos elementos do modelo de atenção às condições crônicas. Por exemplo, seminário sobre tecnologias do campo da psicologia relativas às mudanças de comportamento, sobre as novas formas de atenção etc.

4.8. Estudo de caso

Os grupos de pesquisa avaliativa dos processos e resultados e de avaliação econômica deverão produzir, ao final de seu trabalho, um estudo de caso do projeto, o que envolverá, além dos resultados das pesquisas, um diário de bordo de acompanhamento de todo o curso do laboratório.

4.9 Estímulo a trabalhos e pesquisa acadêmicas

Uma das funções do LIACC Samonte será estimular a realização de estudos acadêmicos, dissertações e teses, bem como pesquisas científicas adicionais abordando as tecnologias desenvolvidas no laboratório.

5.0 Produção e sistematização do Conhecimento



Os grupos temáticos, grupos de condução e a equipe de acompanhamento do laboratório (Conass e OPAS) trabalharão com ferramenta de diário de bordo, que fará o acompanhamento do desenvolvimento do laboratório e facilitará a sistematização dos resultados intermediários do processo. Esse material poderá ser divulgado na página web do laboratório de crônicas no Portal da Inovação, bem como gerar futuras publicações.

5.1 A etapa de implantação do MACC

A etapa de implantação do MACC poderia utilizar a metodologia dos projetos colaborativos (Institute for Healthcare Improvement, 2003).

Esse modelo estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de saúde.

Uma série completa de aprendizagem pode durar de 6 a 15 meses e pode envolver muitas equipes de saúde, em vários pontos de atenção à saúde e, mesmo, em várias organizações, para buscar melhorias em temas de interesse comum.

A concepção básica do processo está, de um lado, numa combinação de expertos em áreas clínicas com expertos em gestão na busca de mudanças significativas e, de outro, na constatação de que processos educacionais convencionais não geram mudanças. Para que mudanças ocorram é necessário um processo de aprendizagem, mais ou menos longo, que articule oficinas presenciais, estruturadas por princípios educacionais sólidos de capacitação de adultos, com períodos de dispersão pós-oficina. Nos períodos presenciais, as diferentes equipes se reúnem para aprender, em conjunto e colaborativamente, sobre o tema em questão e para planificar o período de dispersão, nos quais os membros de cada equipe retornariam a suas organizações para implementar as mudanças definidas no planejamento feito durante a oficina presencial.

Os participantes de um Projeto Colaborativo operam com um Modelo de Melhoria para implementar as mudanças. Esse modelo apresenta quatro elementos fundamentais para as mudanças: o estabelecimento de metas específicas e medíveis; a definição de medidas de melhoria que podem ser monitoradas no tempo; as mudanças-chave que resultarão nas melhorias desejadas; e uma série de ciclos de mudanças durante as quais as equipes de saúde aprendem (Associates in Process Improvement, 2008).

No caso do laboratório de inovações, esse modelo teria de ser adaptado porque as mudanças e suas metas já estarão pré-definidas nos trabalhos dos grupos programáticos e temáticos.

As mudanças que serão introduzidas pelo modelo de atenção às condições crônicas vão se executando de forma cíclica: as equipes de saúde planejam detalhadamente as mudanças, considerando as características culturais e organizacionais; introduzem as mudanças nos seus procedimentos padrões;

monitoram as mudanças utilizando indicadores quantitativos; e avaliam os resultados do trabalho para dar sustentabilidade às mudanças.

A implantação das mudanças nos períodos de dispersão poderá ser realizada por meio de ciclos de PDCA.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARR, C.E. et al. - Disease state considerations. In: TODD, W.E. & NASH, D. - Disease management: a systems approach to improving patients outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

BERK, M.L. & MONHEINT, A C. - The concentration of health expenditures: an update. Health Affairs, 11: 145-149, 1992.

BODENHEIMER, T. et al. - Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA, 288:1775-1779, 2002.

CHAVES, S. R. et al. - Modelo de implantação e operação do modelo cuidador da UNIMED Federação Minas em núcleos de atenção à saúde. Belo Horizonte, Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. - Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991.

DOMINGUEZ, B. C. - Diabetes: o controle ainda é baixo no Brasil. RADIS, 59:11, 2007.

FRENK, J. - Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.

HAM, C. et al. - Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007.

IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar: Um panorama de saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro, IBGE/Ministério da Saúde, 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT - IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge, IHI Innovation Series, 2003.

KEMPER. E. S., TASCA, R. Laboratório de inovação. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

MENDES, E.V. 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, Vigitel Brasil 2006, 2007.

MOYSÉS, S.M., SILVEIRA FILHO, A.D. & MOYSÉS, S.J. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada, em Curitiba, Paraná. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

PORTER, M. - Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.

PORTER, M. & KELLOGG, M. - Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atención Integrada, 1:1, 2008.



PORTER, M.E. & TEISBERG E.O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

RAND HEALTH - Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.

SCHRAMM, J.M. A. et al. - Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9: 897-908, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - Estudo de carga de doenças em Minas Gerais. Belo Horizonte, SE/SVS/SESMG, 2009.

SINGH, D. - Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham, University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005.

SINGH, D. - How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

SINGH, D. & HAM, C. - Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.

VALENTE J. Carga global de doença em Minas Gerais. Rio de Janeiro, ENSP, 2011.

VON KORFF, M. et al. - Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127: 1097-1102, 1997

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

RESUMO DAS ATIVIDADES

LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SANTO ANTONIO DO MONTE-MG





Objeto: Aplicação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)² desenvolvido para o SUS na Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária Ambulatorial no município de Santo Antônio do Monte - MG.

Condições Crônicas: hipertensão arterial, diabetes, gestação e crianças de até um ano de idade.

Período: março de 2013 a dezembro de 2014

✓ Estrutura Organizacional

Grupos de Condução

Esses grupos serão reesponsáveis pela condução político-administrativa do laboratório no âmbito central, pela articulação com as instituições parceiras e de condução operativa no nível local.

Grupo de Condução Político-administrativa – composto por técnicos e especialistas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Grupo de Condução Operativa – composto por técnicos e especialistas da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e da Fundação Dr. José Maria dos Mares Guia

Grupos temáticos

São grupos com as funções de desenvolver os modelos de intervenção, supervisionar a implantação e a avaliação dos modelos de intervenção desenvolvidos e contribuir para o registro e sistematização das informações. Podem ser constituídos por técnicos e especialistas do Estado e do município e consultores externos com conhecimento e experiência nos temas a serem desenvolvidos.

m. Grupo de Prevenção: Trabalhará o nível 2 do MACC, com ênfase no controle do tabagismo, no programa de reeducação alimentar, no programa de atividade física e no programa de manejo do estresse;

² Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); MENDES, E.V. 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.

- n. Grupo de desenho do sistema de prestação de serviços: Novas formas de atenção (atenção centrada na pessoa, abordagem familiar, atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares, atenção à distância, trabalho interdisciplinar e trabalho conjunto de especialistas e generalistas);
- o. Grupo de Autocuidado Apoiado: Definição da tecnologia de autocuidado apoiado, no estabelecimento de um modelo de elaboração e monitoramento do plano de cuidado e nas tecnologias de suporte às mudanças comportamentais (modelo transteórico de mudança, entrevista motivacional, grupo operativo e processo de solução de problemas);
- p. Grupo de Sistema de Informação Clínica: Implantação de prontuário eletrônico que articule a atenção primária à saúde, a atenção secundária ambulatorial e os sistemas de apoio;
- q. Grupo de Educação Permanente e Educação em Saúde: Apoio às decisões, com ênfase especial na utilização de especialistas na educação permanente dos generalistas;
- r. Grupo de Qualidade: ênfase na certificação das unidades de atenção primária à saúde e de atenção secundária ambulatorial;
- s. Grupo de Relações com a Comunidade: Definição e implantação de mapas de recursos comunitários para o controle das condições crônicas e de um sistema de institucionalização de parcerias dos serviços de saúde e das instituições comunitárias;
- t. Grupo de Diretrizes Clínicas: Revisão das diretrizes clínicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com ênfase na estratificação dos riscos para os níveis 3, 4 e 5 do MACC;
- u. Grupo de Gestão da Clínica: Definirá, para os níveis 3, 4 e 5, um sistema de programação e monitoramento das condições crônicas escolhidas, realizado a partir da atenção primária à saúde, um sistema de contrato de gestão, um sistema de gestão dos riscos da atenção e um sistema de gestão de caso;
- v. Grupo de Infraestrutura: Definição de uma planta de pessoal para a atenção primária à saúde e para a atenção secundária ambulatorial e uma planta física de unidades de atenção primária à saúde e de atenção secundária ambulatorial;

w. Grupo de Teleassistência: Definição de modelos de segunda opinião de especialistas à distância e de atenção à distância.

✓ **Dinâmica do laboratório**

Seminários e Oficinas

1. Alinhamento conceitual do modelo de atenção às condições crônicas
2. Oficina de implantação dos macroprocessos básicos na atenção primária à saúde
3. Oficina de definição das estratégias de intervenção
4. Oficinas de implantação das tecnologias do MACC
5. Seminários temáticos

Gestão do Conhecimento

1. Estudos de caso
2. Estímulo a trabalhos e pesquisas acadêmica
3. Produção e sistematização do Conhecimento – Diário de Bordo

Implantação do MACC

A etapa de implantação do MACC poderia utilizar a metodologia dos projetos colaborativos (Institute for Healthcare Improvement, 2003). Esse modelo estrutura-se na ideia de que a melhor maneira de se introduzirem mudanças nos sistemas de atenção à saúde é por meio da aprendizagem colaborativa entre equipes de saúde.

As mudanças que serão introduzidas pelo modelo de atenção às condições crônicas vão se executando de forma cíclica: as equipes de saúde planejam detalhadamente as mudanças, considerando as características culturais e organizacionais; introduzem as mudanças nos seus procedimentos padrões; monitoram as mudanças utilizando indicadores quantitativos; e avaliam os resultados do trabalho para dar sustentabilidade às mudanças.



MODELOS DE CUIDADO DAS CONDIÇÕES
CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE