

AS LINHAS DE CUIDADO COMO ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS¹

Dieine Caroline De Melo Wirzbicki², Karla Renata De Oliveira³.

¹ Revisão da literatura realizada na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) e Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR)

² Farmacêutica, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIJUI/FUMSSAR, dieinew@yahoo.com.br.

³ Farmacêutica, Mestre em Ciências Biológicas: Bioquímica, docente do Departamento de Ciências da Vida/UNIJUI, karla@unijui.edu.br

Introdução

Os serviços de saúde, em sua organização, têm a finalidade de garantir acesso e serviços de qualidade aos usuários. Um grande desafio atual para as equipes de atenção básica é a atenção em saúde para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), uma vez que estas condições são prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

As redes de atenção à saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde (MENDES, 2011), pois consistem na organização do conjunto de serviços e ações de distintas densidades tecnológicas, integradas por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) vem propondo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde para que se organize a rede de atenção às pessoas com DCNT. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014) e a sua implementação se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é descrever as linhas de cuidado como uma estratégia de atenção a saúde para DCTN.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sobre as linhas de cuidado como estratégias de atenção a saúde, com foco nas DCNT. Para a realização da pesquisa utilizou-se a base de dados online Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo, para a pesquisa foi utilizado termo em língua portuguesa “linhas de cuidado” e “linha de cuidado”, sendo filtrados os artigos completos disponíveis que se enquadravam no objetivo do estudo. Foram utilizados também materiais e legislação publicados pelo MS e Organização Pan Americana da Saúde sobre o assunto.

Resultados e discussão

Foram encontrados 28 artigos sobre linhas de cuidado, conforme a metodologia descrita, destes apenas dois eram sobre doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Marinho et al. (2011) pensar na produção do cuidado em rede e de forma sistêmica traz consigo a ideia de construção de pontes entre os diferentes serviços, visando a continuidade do cuidado. Neste sentido, as linhas de cuidado são conceituadas como uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entrada do sistema, de forma que a equipe possa acolher, compreender, cor-responsabilizar, intervir com vínculo e produzir autonomia, oferecendo um atendimento adequado às necessidades de cada um.

Conforme os autores as linhas de cuidado são estratégias que visam superar a fragmentação das práticas de saúde, começando pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e depois foi somando-se a todas as outras ações assistenciais.

No caso dos doentes crônicos, as linhas de cuidado necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, mas, também, uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008).

Em um estudo de revisão Malta & Mehry (2010) destacam que as linhas de cuidado na perspectiva das DCNT é centrada no campo da necessidade dos usuários e pressupõe a existência do cuidador, o uso da tecnologia leve, o projeto terapêutico adequado, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório.

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XIX Jornada de Pesquisa

O cuidado integrado das DCNT prioriza o encadeamento de ações e, ao mesmo tempo, aponta a necessidade de integração de agendas por parte dos gestores, seja do ponto de vista da responsabilidade compartilhada entre esferas diferentes de governo, seja pela intersectorialidade que viabilize ações fora do setor saúde. Diante da epidemia de DCNT cabe agregar tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem de processos de adoecimento de mais longo prazo e de causalidade complexa, na qual se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos, e ação integrada com outros setores (MALTA & MEHRY, 2010).

Em estudo realizado por Gomes (2011), em Belo Horizonte/MG, ao analisar o caminhar do beneficiário na saúde suplementar, verificou que ocorre a fragmentação da assistência, prejudicando o projeto terapêutico pré-estabelecido, ocorrendo a quebra na linha do cuidado pré-estabelecida. Malta (2004) descreve alguns fatores que podem romper a linha do cuidado, tais como a ausência de ações de promoção e prevenção à saúde, a deficiência da rede de serviços, a segmentação dos planos de saúde, as atitudes de desresponsabilização do cuidador, atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora e a falta de insumos por parte do prestador.

Para a organização da linha de cuidado, Brasil (2013b) destaca os passos necessários para a modelagem desta estratégia:

O foco deve estar na situação problema: por exemplo, “atenção à hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde (UBS)”, problematizando a história natural da doença e discutindo a organização do cuidado aos hipertensos. Nesse sentido, se faz necessário estabelecer (o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com pressão arterial limítrofe e hipertensão arterial, no sentido de atender às suas necessidades de saúde).

O MS também destaca a importância de se identificar os pontos de atenção no município/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela. Propõe ainda que se identifique as necessidades das UBS quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação), e quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), além de verificar o que já existe e elencar o que necessita ser pactuado com a gestão.

O funcionamento do sistema de gestão da rede, no que se refere aos espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores, entre outros precisa ser identificada. Além disso, é necessário conhecer o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias, definindo, em parceria com outros pontos de atenção

e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais.

Por fim, fica estabelecida, também pelo MS a necessidade de se estimar o contingente de hipertensos e os diferentes estratos de risco para subsidiar a programação de cuidado, de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença, bem como definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação da linha de cuidado.

Brasil (2013b) ressalta que apesar de, em geral, as linhas de cuidado ainda serem organizadas tendo como tema central as doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente as DCNT estão associadas a diversos fatores e relacionadas com vários riscos e comorbidades.

Conclusões

Conclui-se que a proposta do MS em estabelecer linhas de cuidado ao diabético e ao hipertenso (BRASIL 2013b; BRASIL, 2013c) na atenção básica é desafiadora e requer a articulação desse com os outros níveis de atenção saúde, bem como com a gestão do serviço, o que fortalece e contribui para a consolidação da atenção integral a saúde a partir das redes de atenção a saúde, outras duas importantes propostas do MS. Entretanto, fica claro que o movimento a partir das UBS e, portanto, da equipe de saúde são fundamentais e que são necessários, para além do diagnóstico inicial do número de pessoas a serem acompanhadas, da identificação do seu estado de saúde e de protocolos de atendimento, condutas homogêneas, articuladas e discutidas entre os diferentes profissionais envolvidos no acompanhamento dos usuários do serviço de saúde. Por fim, entende-se que com a oferta de um serviço que trabalhe de forma articulada e que promova a saúde tomando como princípio a integralidade do sujeito e tendo o usuário e suas famílias como protagonistas de suas ações seja possível além de qualificar o cuidado e prevenir agravos reduzir o número de novos diabéticos e hipertensos na população brasileira.

Palavras-chave: Rede assistencial; Atenção integral a saúde; Atenção básica.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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 (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013a. Acesso: 14 maio de 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico

Evento: XIX Jornada de Pesquisa

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Brasília : Ministério da Saúde, 2013c. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

GOMES, A. C. G. Microrregulação produzida pelos prestadores de serviço na linha do cuidado cardiovascular na saúde suplementar em Belo Horizonte, Minas Gerais. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MALTA. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: MONTONE, J; WERNECK, C. (org.). Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p. 7-51.

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

MARINHO, C. C. C. et al. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (Vi)vendo o tecer dos fios. Revista Baiana de Saúde Pública, v.35, n.3, p.619-633, jul./set. 2011

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