



DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E DESAFIOS E PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Flavio A. de Andrade Goulart



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



1902 - 2012

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E DESAFIOS E PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE

Autor: Flavio A. de Andrade Goulart
Revisão Técnica: Elisandrea S. Kemper

Brasília-DF
2011



Ministério da
Saúde





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
AS DCNT E O CENÁRIO GLOBAL DE CRISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE	7
1. ESTUDOS DE CARGA DE DOENÇA.....	8
2. DCNT E FATORES DE RISCO	11
3. IMPACTO GLOBAL DAS DCNT.....	12
4. IMPACTOS ECONÔMICOS DAS DCNT	14
5. AS DCNT E A CRISE GLOBAL	18
6. DCNT: CUSTOS E BENEFÍCIOS DE SEU CONTROLE.....	20
AS DCNT E AS RESPOSTAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	23
1. OS SISTEMAS DE SAÚDE DÃO RESPOSTAS ADEQUADAS ÀS DCNT?	24
2. AS BASES DO CONTROLE DAS DCNT.....	27
3. INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS CONTRA AS DCNT	28
3.1. Liderança	29
3.2. Prevenção	30
3.3. Tratamento.....	31
3.4. Cooperação e Intercâmbio	31
3.5. Informação, monitoramento e responsabilização.....	32
4. PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DAS DCNT	33
4.1. Tabagismo e o consumo abusivo de álcool	33
4.2. Intervenções contra a obesidade.....	34
4.3. Intervenções contra a hipertensão	35
4.4. A abordagem intersetorial nas DCNT.....	36
5. NOVAS QUALIFICAÇÕES E CONFIGURAÇÕES DOS CUIDADORES.....	38
6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E NOVAS TECNOLOGIAS MÉDICAS NAS DCNT	40
7. INCENTIVOS FINANCEIROS NAS POLÍTICAS DE CONTROLE DAS DCNT.....	42

AS DCNT E AS INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS NECESSÁRIAS PARA CONTROLÁ-LAS	45
1. AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MODELOS DE ATENÇÃO PARA DCNT	45
2. MODELOS DE ABORDAGEM DAS DCNT	50
2.1. Apoio à mudança de paradigma	52
2.2. Gestão do ambiente político	53
2.3. Desenvolvimento do atendimento integrado	53
2.4. Alinhamento intersetorial de políticas	54
2.5. O papel dos profissionais de saúde	54
2.6. Atendimento focado no paciente e em seu ambiente familiar	55
2.7. Gerar apoio para o paciente em sua comunidade	55
2.8. Ênfase na prevenção	55
3. A FORMAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E AS DCNT	56
4. AS POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS DCNT	62
5. OS MODELOS DE GESTÃO DA CLÍNICA E AS DCNT	66
6. OS SERVIÇOS DE TELEASSISTÊNCIA E AS DCNT	69
AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL:	
SITUAÇÃO ATUAL E RESPOSTAS DO SISTEMA DE SAÚDE	73
1. O IMPACTO DAS DCNT NO BRASIL	74
2. RESPOSTAS DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS DCNT NO BRASIL	76
2.1. O processo de pactuação de indicadores entre as esferas de gestão	77
2.2. O Pacto pela Saúde	77
2.3. O Decreto Lei 7508/2011	79
2.4. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP	80
2.5. O Índice de desempenho do SUS (IDSUS)	81
3. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022	83
3.1. Fundamentos	83
3.2. Diretrizes e Ações	85
BIBLIOGRAFIA	91



APRESENTAÇÃO

O presente texto foi desenvolvido para o Portal da Inovação na Gestão do SUS – Redes e APS, a partir de uma seleção prévia de textos atuais sobre as Doenças Crônicas e Não-Transmissíveis (DCNT) em perspectiva mundial.

Em tempos de Crise Global dos Sistemas de Saúde – tanto públicos como privados - de Conferência Ministerial Global sobre Estilos de Vida Saudáveis e Doenças não Transmissíveis e Assembléia Geral das Nações Unidas – Sessão Especial sobre Doenças Crônicas não transmissíveis (DNCT) – cabe uma reflexão sobre o tema Doenças Crônicas, chamando a atenção para a necessidade de respostas urgentes dos sistemas de saúde, por se tratar de uma epidemia que vem se estendendo por países de alta, média e baixa renda em uma velocidade ímpar.

Este texto tem a intenção de chamar a atenção para a magnitude do problema do enfrentamento das DCNT e do risco de serem produzidas respostas minimizadas, concentradas no setor saúde e com programas verticais.

Aqui serão abordados conteúdos a partir dos seguintes tópicos:

1. Cenário Global de Crise dos Sistemas de Saúde e as DCNT
2. Respostas dos Sistemas de Saúde à Epidemia de DCNT
3. As DCNT e as Inovações assistenciais necessárias para controlá-las
4. DCNT no Brasil: Situação Atual e Perspectivas de Controle



AS DCNT E O CENÁRIO GLOBAL DE CRISE DOS SISTEMAS DE SAÚDE

SUMÁRIO

A falsa dicotomia que caracteriza as DCNT como doenças de ricos – quando comparadas às doenças de caráter transmissível dos mais pobres – tem trazido muitos danos às nações de renda média e baixa, assim como aos pobres nos países ricos. Embora as evidências contrárias, constata-se que tal discurso ainda costuma guiar as políticas de assistência em muitos sistemas de saúde, no nível nacional e local, bem como de algumas agências internacionais.

Populações que possuem renda média ou baixa, salvo algumas exceções, sofrem uma dupla carga de doença crônica e infecciosa. Instala-se, assim, um círculo vicioso e cumulativo, crescentemente oneroso em termos de pobreza e cronicidade, mas particularmente prejudicial em contextos desfavorecidos.

Em toda parte as doenças crônicas poderão se tornar o padrão epidemiológico dominante e apresentam impactos múltiplos, em termos de limitação à qualidade de vida, à produtividade e à funcionalidade dos pacientes. As DCNT constituem pesada carga em termos de morbimortalidade e também um potencializador do aumento dos custos da saúde, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de saúde no longo prazo.

Em síntese, o aumento na carga de DCNT em todo mundo é hoje um quadro bastante evidente e inquestionável e, além do mais, dos mais preocupantes pelo seu potencial negativo em termos de saúde e de economia. Entre outros aspectos do mesmo, podem ser citados:

Duas em cada três mortes ao ano, em todo o mundo, já podem ser atribuídas às DCNT, sendo que quatro quintos destas mortes ocorrem em países de baixa e média renda e um terço em pessoas com menos de 60 anos de idade.

- No geral, as taxas de mortalidade específicas para certas idades são quase duas vezes mais altas em países de baixa e média renda do que nos de alta renda.
- As DCNT muitas vezes causam mortes lentas e dolorosas, depois de prolongados períodos de disfunção.
- Em todo o mundo, os números totais de mortes por DCNT estão aumentando por causa do envelhecimento da população e da globalização dos riscos.
- Além do desafio de conter as doenças infecciosas, a carga de doença duplicada coloca enorme pressão sobre sistemas de saúde já deficientes.

1. ESTUDOS DE CARGA DE DOENÇA

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Uma medida de tal “carga global da doença”, desenvolvido pela OMS, é o ano de vida ajustado por incapacidade (DALY). O DALY parte do pressuposto de que a medida mais adequada dos efeitos das doenças crônicas é o tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura. Uma DALY equivale a um ano de vida saudável perdido.

O projeto da OMS sobre carga global de doença (*The Global Burden of Disease*) mostra estimativas sobre a incidência, a prevalência, a gravidade e a duração e a mortalidade para mais de 130 causas principais. Ele inclui dados desde 2000 para os países membros da OMS e para sub-regiões em todo o mundo e demonstra, claramente, quão é impactante o número de DALY e de mortes no mundo, independente das categorias de status socioeconômico dos países. Em 2005, por exemplo, as doenças cardiovasculares causaram 5,07 milhões ou 52% de todas as mortes no mundo, com carga de doença equivalente a mais de 34 milhões de DALY. Assim, a grande diferença entre os países de renda baixa, como os da África, e outros de renda alta, como na Europa e América do Norte, é que, nos primeiros, a carga de doenças transmissíveis, condições maternas e perinatais ainda é superior, embora apenas ligeiramente em alguns casos, à das DCNT. Já nesses últimos, bem como nas categorias intermediárias de renda, as DCNT sobrepõem largamente as demais causas.

Da mesma forma, há crescentes evidências oriundas dos países de renda alta que atestam que os pobres dentro dos mesmos carregam um fardo maior de doenças crônicas do que os ricos. São dados que podem ser também extrapolados para outros países, em diferentes categorias de renda, bem como para as regiões com diferentes status socioeconômicos dentro dos países.

Os estudos de carga de doença permitem, ainda, realizar projeções da mortalidade e de carga de doenças para o futuro, mostrando, por exemplo, que as

doenças crônicas vão aumentar e continuar a ser a principal contribuição para a mortalidade, a disfunção e os DALY.

Dados da OMS têm revelado, ainda, que é totalmente falsa a afirmativa, às vezes celebrada pelo senso comum, de que as DCNT afetam apenas homens idosos em países ricos e homens ricos em países pobres. O número de mortes causadas por DCNT entre homens e mulheres é basicamente equivalente. Em todos os casos, com certeza, entre os menos favorecidos economicamente o acometimento é sempre desproporcional, em relação aos de renda mais alta.

Os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições. Pode-se dizer que em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens ou para mulheres e, melhor dizendo, um grave problema para todos os sistemas de saúde pública.

A idade é sempre um fator a ser considerado. Os idosos, geralmente considerados com o grande grupo de risco, não estão sozinhos como vítimas das doenças crônicas, pois há evidências mundiais suficientes a respeito de crescentes números de jovens e pessoas de meia idade com algum tipo de problema de saúde crônico. Neste aspecto, a OMS já estimou que 72% das mortes antes dos 60 anos de idade podem ser ocasionadas por doenças crônicas ou não transmissíveis em países de renda alta, ao passo que as doenças transmissíveis representaram apenas 8% e as lesões, 21%. No mesmo ano, 68% dos DALY perdidos para doenças crônicas em países de renda alta ocorreram entre aqueles em idade produtiva. São resultados que sugerem que a doença crônica não pode mais ser considerada apenas um problema de idosos. Isso, de forma inequívoca nos países de alta renda, mas com forte tendência também nos demais países.

As características gerais das principais DCNT, do ponto de vista clínico e de impacto populacional, são mostradas no quadro a seguir.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS PRINCIPAIS DCNT

DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)

Doenças do coração e vasos sanguíneos, incluindo variadas condições derivadas de suprimento sanguíneo diminuído a diversos órgãos do corpo. Cerca de 80% da mortalidade diz respeito três condições deste grupo, a saber: doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva. Ao longo da última década as DCV se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNT. As DCV sozinhas causam 17 milhões de mortes e 50 milhões de DALY no mundo. Fatores de risco de fundo comportamental bem conhecidos e definidos, como uso de tabaco, inatividade física e alimentação pouco saudável explicam perto da 80% da carga total de DCV.

CANCER

Multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo, afetando as células normais e produzindo novos focos invasivos à distância, as metástases. Há mais de 100 tipos de câncer, com fatores de risco igualmente múltiplos. O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, representando 13% do total, ou seja, em torno de oito milhões de mortes anuais. Estudos recentes mostram que estão surgindo anualmente perto 13 milhões de novos casos de câncer e que este número chegará a 17 milhões no final da presente década

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS

Doenças de natureza crônica que afetam as vias aéreas e também outras estruturas dos pulmões. As mais comuns são: asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), estados alérgicos, hipertensão pulmonar, além de algumas doenças relacionados ao processo de trabalho. Juntas, elas representam cerca de 7% da mortalidade global, causando 4,2 milhões de óbitos anuais. Somente a DPOC, associada geralmente ao hábito de fumar, além de outras causalidades, afeta mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo, representando de 4 a 8% das mortes nos países mais ricos e até mais do que isso nos mais pobres.

DIABETES

O diabetes é uma doença de fundo metabólico na qual existe, por parte do organismo, incapacidade total ou parcial de retirar a glicose (além de outras substâncias) do sangue e levá-las para dentro das células, provocando e mantendo níveis sanguíneos altos dessas substâncias. A não regulação da glicose no sangue dos diabéticos tem como causa a baixa sensibilidade ou a pouca produção da insulina, que é o hormônio natural dotado de tal função, no pâncreas. O tipo 2 do diabetes, que acomete pessoas mais velhas, é o mais freqüente, responsabilizando-se por mais de 90% dos casos. O diabetes, em si, não tem mortalidade elevada, quando comparado a outras DCNT (1,3 milhões de mortes no mundo), mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (comorbidade) para outras condições mais graves, tais como, as DCV, insuficiência renal e a cegueira.

DOENÇAS MENTAIS

Trata-se de um termo genérico, que designa condições variadas que afetam as atitudes, o pensamento, os sentimentos, além a capacidade de se relacionar socialmente. Elas afetam centenas de milhões de pessoas em todo mundo. No início da presente década, a depressão, por exemplo, atingia cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo; 25 milhões sofriam de esquizofrenia; mais de 100 milhões apresentavam abuso de álcool e drogas. Além disso, estima-se que perto de um milhão de pessoas se suicidam a cada ano. As doenças mentais contribuem fortemente para os anos de vida perdidos por incapacidade (DALY) em todo o mundo, com cifras estimadas em 13%, no ano de 2004. Existem evidências de comorbidade entre as doenças mentais, a diabetes e as DCV

Fonte: Harvard School of Public Health / World Economic Forum, 2011

2. DCNT E FATORES DE RISCO

Pode-se também projetar a carga de doenças crônicas, em termos de fatores de risco, como hipertensão; tabagismo; colesterol alto; baixo consumo de frutas e hortaliças; sobrepeso e obesidade; sedentarismo, bem como consumo abusivo de álcool. Estudos realizados com tal objetivo demonstram fatos significativos sobre as mortes e DALY atribuíveis a tais fatores. Assim, por exemplo, embora haja diferenças entre países e regiões de alta x baixa renda, elas não ocultam o âmago do problema, qual seja o de que o peso de tais fatores é alto e progressivo em todos os casos. No caso da hipertensão arterial, ela é atualmente responsável por quase oito milhões de mortes em todo o mundo (13,5% de todas as mor-

tes), das quais 6,22 milhões ocorrem em países de renda baixa e média e 1,39 milhões em países de renda alta.

Os fatores de risco relativos às DCNT são semelhantes em todos os países. Há evidências de sobra, atualmente, de que o tabagismo, os alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, o sal e o açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de álcool, causam mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já sofrem destas doenças. O tabagismo, sozinho, é responsável por uma em cada seis mortes por tais condições, mas mesmo tendo diminuído nos países mais ricos, ao menos entre os homens, está aumentando em países mais pobres, especialmente entre adolescentes. Este aumento se deve às atividades não reguladas da indústria tabagista e de seus esforços para enfraquecer as políticas de controle do tabagismo.

O consumo de alimentos com altas taxas de gorduras saturadas e trans, de sal e de açúcar é a causa de ao menos 14 milhões de mortes ou de 40% de todas as mortes anuais por DCNT. O sedentarismo causa cerca de três milhões ou 8% de todas as mortes anuais por DCNT. O consumo de álcool leva a 2.3 milhões de mortes ao ano, 60% das quais dentro do quadro de DCNT.

Mudanças no ambiente social e econômico fizeram com que os fatores de risco de DCNT se tornassem generalizadas. As escolhas dos cidadãos em relação ao consumo de álcool e tabaco, por dietas e atividade física, são influenciados por forças que estão além do controle individual, geralmente por pressão da indústria e do comércio respectivo. O resultado é que produtos pouco saudáveis estão cada vez mais disponíveis e visíveis aos jovens.

3. IMPACTO GLOBAL DAS DCNT

As DCNT representam hoje a maior causa de morte no mundo, sendo que em 2008 foram 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de mortes. Desse total, 78% das mortes ocorreram em países de média e baixa renda. Além das

mortes, muitas evitáveis e prematuras, destacam-se as sequelas e incapacidades deixadas por elas, além do sofrimento e do alto número de anos de vida perdidos. A projeção dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) para 2030 prevê um aumento de 37% nos países de baixa renda e 11% nos países de média renda, comparando com a situação de 2008, segundo o Banco Mundial.

A situação das DCNT, hoje considerada amplamente como verdadeira epidemia, é agravada pela transição demográfica acelerada que vem ocorrendo em muitos países – e também no Brasil – onde mudanças que levaram cem anos para acontecer na Europa, estão acontecendo em duas ou três décadas. Assim, por exemplo, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais dobrou no país em um período de apenas duas décadas recentes; o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando então o número de jovens.

A referida transição demográfica acelerada se associa com uma transição de natureza epidemiológica, o que acarreta o fato de que as DCNT já superam as doenças transmissíveis nas estatísticas. Segundo o Banco Mundial, as doenças crônicas representam hoje dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e chegará aos três quartos até 2030.

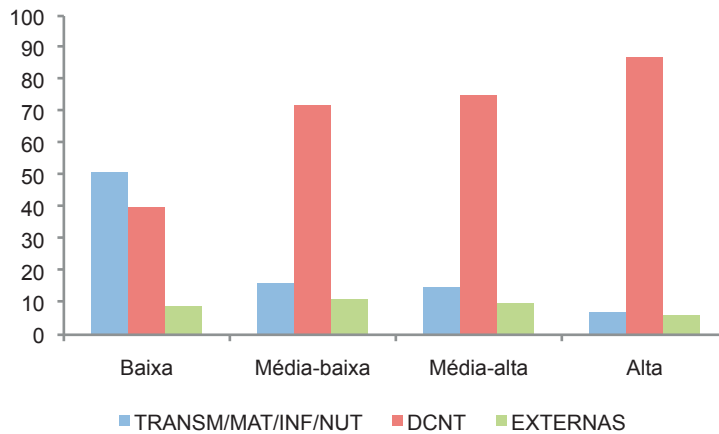
No Brasil, especificamente, a análise da carga de doenças traduzida pelos anos de vida perdidos mostra, ainda, que apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas e condições maternas e perinatais, as doenças crônicas representam em torno de 66% da carga de doenças. Além do rápido crescimento das DCNT e do envelhecimento da população, ainda se convive com crescente ameaça das chamadas causas externas e violências, configurando, assim, uma “tripla carga” de doenças, manifestada na associação de prevalências preocupantes de doenças infecciosas e parasitárias (ainda!), causas externas e doenças crônicas.

O problema do aumento das DCNT no Brasil também é percebido pela população, sendo que a Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008 demonstrou que cerca de um terço dos entrevistados (quase 60 milhões

de pessoas) afirmou ter pelo menos uma doença crônica e 5,9% declarou ter três ou mais doenças crônicas.

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Também no Brasil, o forte impacto socioeconômico das DCNT e seus fatores de risco, está afetando o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), que abrangem temas como saúde, educação e combate à pobreza, aspecto também verificado, aliás, na maioria dos países, segundo revela estudo da OMS.

A figura a seguir resume os aspectos discutidos na presente seção.



Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010

4. IMPACTOS ECONÔMICOS DAS DCNT

Os estudos microeconômicos se detêm sobre consequências das doenças crônicas para os indivíduos e as famílias. Neste campo, vislumbra-se que os problemas de saúde em geral e as doenças crônicas, em particular, podem impactar a economia por meio de seus efeitos não só sobre o consumo e a poupança

(formação de capital) familiar, a produtividade e a oferta de trabalho, como também na educação dos indivíduos.

O tratamento de doenças crônicas pode ser particularmente oneroso em países onde uma elevada percentagem de despesas totais de saúde é paga a partir do próprio bolso das famílias, ou seja, onde a participação governamental nas despesas com saúde é pequena. Agrava o problema o fato de que o gasto adicional com produtos que produzem vício ou adição, como o tabaco e o álcool, não só pode levar diretamente a problemas de saúde como afeta a capacidade familiar de manter constantes os seus níveis de consumo face às eventuais circunstâncias comprometedoras da saúde.

No que diz respeito à oferta e à produtividade do trabalho, as condições e doenças crônicas acarretam que menos pessoas se incluam na força de trabalho, com aposentadoria antecipada, obstáculos ao emprego e estigma. Neste aspecto, não faltam evidências de impactos negativos das DCNT e de seus fatores de risco no âmbito do mercado de trabalho, mostrando que as mesmas acarretam a redução da participação na força de trabalho, o quantitativo de horas trabalhadas, a maior rotatividade de empregos e as aposentadorias precoces, bem como o comprometimento dos salários, ganhos e posição alcançada.

A educação e a formação de capital humano são fatores atualmente considerados como poderosos determinantes de ganhos materiais e mesmo de saúde, em relação ao futuro. Isso significa que os custos de doenças crônicas impactam diretamente a educação. Evidências atuais, aliás, mostram que tais condições afetam diretamente o desempenho educacional, por exemplo, quando acarreta a morte de um dos pais, reduzindo a escolarização dos filhos menores. Há também estudos que revelam uma relação entre tabagismo materno e desenvolvimento cognitivo e comportamental prejudicado, o que por sua vez afeta o desempenho acadêmico das crianças. O uso abusivo de álcool também está relacionado a mau desempenho escolar, mesmo entre crianças e jovens de países desenvolvidos. Além disso, crianças com sobrepeso ou obesas são mais propensas a ter problemas de auto estima e isso também leva a ausências escolares.

Os efeitos das condições crônicas e doenças nos resultados do mercado de trabalho e educação são particularmente pronunciados em países de baixa e média renda. Em países com Estado de Bem Estar Social bem alicerçado são mitigados alguns desses efeitos. No entanto, as consequências permanecem negativas em termos do impacto na oferta de trabalho, na produtividade, na educação e na acumulação de capital humano.

Do ponto de vista macroeconômico, ou seja, no seu efeito negativo em termos de PIB ou de taxa de crescimento do mesmo, as DCNT são também fortemente incriminadas pelas evidências globais. Afinal, a saúde pode ser considerada como verdadeiro atestado de crescimento econômico e como as doenças crônicas constituem parte importante da carga de doenças, pode-se prever que a mortalidade, os DALY e a expectativa de vida reduzida por tais condições deprimam o crescimento econômico.

Há estudos realizados em países de alta renda que demonstram que acréscimos de cinco anos na expectativa de vida explicam o incremento das taxas de crescimento anual do PIB, entre 0.3 a 0.5%, nos anos subsequentes. São resultados que sugerem uma relação significativa entre saúde e crescimento da economia.

Não há dúvida que a carga das DCNT está aumentando também nos países de baixa e média renda, contribuindo para a pobreza e constituindo um importante entrave ao desenvolvimento e aos Objetivos do Milênio aceitos internacionalmente. As DCNT, de fato, afetam desproporcionalmente indivíduos pobres, assim aumentando as desigualdades.

As DCNT também causam pobreza, por acarretarem gastos prolongados que aprisionam os lares mais pobres em ciclos de endividamento e doença, dando sustentação a desigualdades econômicas e de saúde. As DCNT reduzem os ganhos familiares e a capacidade de a família sustentar e educar os filhos. O gasto com o tabagismo, por exemplo, contribui de forma marcante para a pobreza doméstica, sabendo-se que chega a superar os gastos com saúde e educação no âmbito familiar.

Assim, os custos de natureza micro-econômica ou “domésticos” das DCNT trazem consigo um significativo efeito macro-econômico, traduzidos principalmente pela queda da produtividade da força de trabalho. Já se estimou que, para cada incremento de 10% na mortalidade por DCNT, o crescimento econômico fica reduzido em até 0.5%. Com base em tais evidências, o Fórum Econômico Global e a OMS colocam as DCNT entre as principais ameaças globais ao desenvolvimento econômico.

Os três quadros seguintes mostram alguns aspectos de destaque no quadro econômico global resultante da alta carga de DCNT.

CARGA GLOBAL DAS PERDAS ECONÔMICAS POR DCNT (2011 – 2030) (TRILHÕES DE US\$ - ref :2010)						
Grupos de renda	Diabetes	DCV	Doenças respirat.	Câncer	Doenças mentais	Total
Alta	0.9	8.5	1.6	5.4	9.0	25.5
Média-alta	0.6	4.8	2.2	2.3	5.1	14.9
Média-baixa	0.2	2.0	0.9	0.5	1.9	5.5
Baixa	0.0	0.3	0.1	0.1	0.3	0.9

Fonte: Harvard School of Public Health – World Economic Forum, 2011

CARGA GLOBAL DAS PERDAS ECONÔMICAS POR DCNT (2011 – 2030): TENDÊNCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • As perdas globais serão muito expressivas (estimadas em até 47 trilhões de dólares!), o que equivaleria a 5% do Produto Global Bruto no período considerados. • As DCV e as doenças mentais representarão o maior custo, estimando-se o mesmo em até 70% do total; a seguir vem o câncer, as doenças respiratórias e o diabetes. • Quanto maior a renda maior a carga de doença, refletindo os níveis mais altos de vida nestes países. • Tendência a equilíbrio no incremento das perdas econômicas não ocorrerá antes de 2030.

Fonte: Harvard School of Public Health – World Economic Forum, 2011

CUSTOS GLOBAIS DAS DCNT: INCREMENTOS 2011 – 2030 (US\$ 1.000.000)					
Anos	Câncer	DCV	Dpoc	Diabetes	D. Mentais
2011	290	863	2.100	500	2.500
2030	458	1.040	4.800	745	6.000

Fonte: Harvard School of Public Health – World Economic Forum, 2011

5. AS DCNT E A CRISE GLOBAL

As DCNT, de acordo com alertas da ONU, da OMS, do Banco Mundial e de muitos outros organismos internacionais, representam uma ameaça global e precisam de uma resposta global. As mortes e deficiências atribuíveis a elas aumentam em todo o mundo devido aos diferentes padrões em nossas formas de viver e trabalhar. As DCNT, além de constituírem um desafio no âmbito familiar, também causam e potencializam a miséria, constituindo respeitável ameaça ao desenvolvimento humano, social e econômico. São mais de 36 milhões de mortes anuais consequentes à DCNT no mundo e elas representam quase dos terços das mortes anuais globais. Mais da metade dessas mortes (22.4 milhões) ocorre nos países mais pobres.

Os fatores-chave causadores das DCNT (tabagismo ativo e passivo; dietas carregadas em gordura, sal e açúcar; falta de atividade física; e o consumo do álcool), além dos chamados fatores intermediários de risco (obesidade, pressão alta e altas taxas de glicose e colesterol no sangue) já são comuns nos países mais pobres e estão aumentando rapidamente. É fato, também, que além destes principais fatores de risco há determinantes socioeconômicos que são as causas primárias da pandemia, como a pobreza, a desigualdade social, o desemprego, a instabilidade social, o comércio injusto e os desequilíbrios globais. Compreender as origens de vários fatores de risco no começo da vida enfatiza a importância de prevenir as DCNT, começando pela saúde e nutrição de meninas e jovens mulheres antes da concepção e durante a gravidez.

Assim, o controle das DCNT é essencial ao bom desenvolvimento dos indivíduos e das sociedades. Com efeito, seu descontrole aumenta a pobreza e favorece a exaustão econômica dos indivíduos, das famílias e dos negócios em geral. A situação vigente em todo o mundo, em relação às DCNT é de verdadeira crise ou “epidemia”, o que ameaça o desenvolvimento social, econômico e ambiental global.

Admite-se, atualmente, que se a pobreza causa as DCNT, tais doenças, por sua vez, enraízam a pobreza. Em todos os países do mundo verifica-se que o custo dos tratamentos das mesmas aprisiona os lares mais vulneráveis em ciclos de dívidas, empobrecimento e doença, reduzindo significativamente a disponibilidade de recursos nas famílias. Trabalhadores portadores de DCNT têm maior probabilidade de faltarem ao trabalho, de apresentarem desempenho profissional pior ou de ficarem deficientes e deixarem a força de trabalho antes da aposentadoria.

Onde não existem os benefícios do bem estar social público, como ocorre em muitas partes do mundo, as DCNT podem trazer perdas econômicas muito maiores. Exemplo disso é que as mulheres são forçadas a deixar o trabalho para se tornarem cuidadoras e as crianças podem ser forçadas a deixar a escola para complementar o orçamento familiar. Aliás, é de aceitação geral o fato de que o descontrole das DCNT afeta diretamente e negativamente o empoderamento feminino, no âmbito das famílias e das comunidades.

Os efeitos econômicos das DCNT acabam por se tornar um significativo dreno no potencial econômico das sociedades, afetando negativamente os principais fatores do crescimento econômico, como o trabalho, a produtividade, o investimento público e a educação. Por exemplo, na América Latina o aumento de 50% nas DCNT prevista até 2030 corresponde a uma redução de dois pontos percentuais anuais no crescimento econômico.

O quadro a seguir resume alguns dos aspectos da carga global das DCNT

A CARGA GLOBAL DAS DCNT

- Dois terços de todas as mortes no mundo são por DCNT; dessas, 4/5 ocorrem em países de renda média ou baixa; 1/3 em pessoas abaixo de 60 anos.
- Os coeficientes de mortes por faixas etárias específicas podem ser até duas vezes maiores nos países de renda média e baixa do que nos países mais ricos;
- As mortes por DCNT geralmente se sucedem a períodos longos de sofrimento ou disfunção para os pacientes acometidos.
- Em todas as regiões do mundo, a epidemia de DCNT é agravada pelo envelhecimento progressivo da população, bem como pela globalização dos diversos fatores de risco, particularmente do uso do tabaco.
- A carga dupla de doenças é uma realidade em muitos países do mundo, acumulando ainda as infecciosas e parasitárias com as DCNT, agravando sobremaneira o déficit em sistemas de saúde já cronicamente afetados pela falta de recursos

Fonte: www.thelancet.com (April, 6, 2011)

6. DCNT: CUSTOS E BENEFÍCIOS DE SEU CONTROLE

Investir em intervenções para prevenir as DCNT é a melhor saída. Primeiro, os custos da inércia aumentam à medida que tais doenças prosperam, ameaçando frágeis sistemas de saúde e seguridade social, diminuindo, *pari passu*, o desempenho econômico. Segundo, muitas intervenções eficazes trazem benefícios econômicos efetivos, por custarem menos do que o tratamento de doenças. Estima-se, com efeito, que produzir reduções nos riscos das DCNT, em torno de 2% ao ano, possa aumentar o crescimento econômico em até 1% ao ano, após uma década. No Brasil, por exemplo, isso traria ganhos anuais estimados em 16 bilhões de dólares, muito mais do que seria gasto com as principais intervenções de prevenção e tratamento.

Assim, intervenções em DCNT podem contribuir para o progresso rumo aos Objetivos do Milênio. Ao contrário, a incapacidade ou o retardo em implementá-las afetará o progresso negativamente. Estima-se que múltiplos benefícios para o desenvolvimento poderão surgir com o investimento e controle adequados das DCNT.

O quadro a seguir resume tais aspectos, com foco em alguns ODM selecionados.

ODM 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome

- A redução da mortalidade adulta promove uma redução na pobreza.
- Os tratamentos subsidiados das DCNT reduzem o empobrecimento.

ODM 3: Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres

- A prevenção das DCNT promove a saúde da mulher, porque elas são a principal causa de morte entre as mulheres.
- A oferta de tratamento para as DCNT aumenta as oportunidades para mulheres e meninas.

ODM 4: Reduzir a mortalidade infantil

- A redução do hábito de fumar e da poluição nos ambientes internos reduz as doenças na infância.
- A nutrição maternal e infantil melhorada reduz a ocorrência de obesidade e diabetes.

ODM 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças

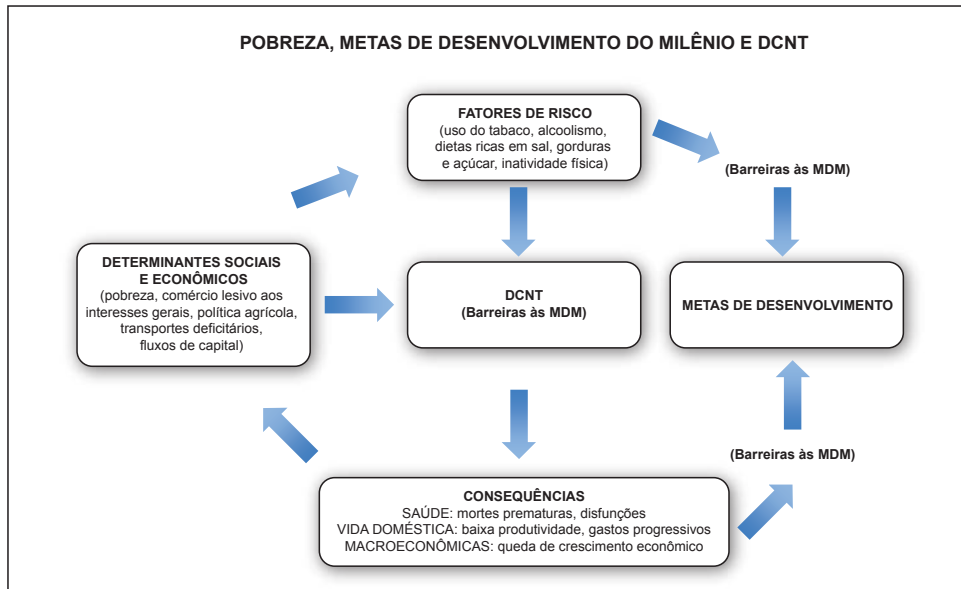
- A redução do hábito de fumar e da diabetes reduz o número de casos de tuberculose.
- A oferta de tratamento para a diabetes e as doenças cardíacas reduz os riscos de pacientes com HIV morrerem por causa dos efeitos colaterais do tratamento retro-viral.

ODM 7: Garantir a sustentabilidade ambiental

- A promoção do transporte público, da caminhada e do ciclismo reduz a dependência nos combustíveis fósseis.

Fonte: www.thelancet.com (December, 19, 2011)

Alguns dos fatores que afetam as relações entre a atual epidemia global de DCNT, e o desenvolvimento social e econômico das nações estão sumarizados na figura a seguir.



Fonte: www.thelancet.com (April, 6, 2011)

AS DCNT E AS RESPOSTAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE



SUMÁRIO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreendem um vasto grupo de condições que têm em comum o fato de possuírem origem multifatorial, com forte influência de fatores de risco comportamental, alguns modificáveis, outros não. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT podem ser responsabilizadas por quase 60% do total das mortes ocorridas globalmente e por 46% da chamada “carga global de doença”, representando, assim, um grave problema de saúde das populações de todos os países, tanto nos mais ricos quanto nos de renda mais baixa.

O Brasil acompanha tal tendência mundial, apresentando, desde os anos 60 do século passado, processos múltiplos e complexos de transição. Estima-se que nos próximos 20 anos ocorra a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15%. O impacto mais óbvio disso é o aumento da incidência e prevalência de DCNT, que respondem já atualmente e mais ainda no futuro pela parcela principal dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no país, chegando a mais de 75% das mesmas.

Em essência, a atuação dos sistemas de saúde face às DCNT deveria levar em conta as seguintes variáveis:

- As DCNT ameaçam não só a situação individual de pessoas e suas famílias, mas também comprometem o desenvolvimento econômico e social humano – devem ser controladas dentro dessa perspectiva ampla.
- As respostas à atual crise das DCNT devem ser globais, integradas e, principalmente, originadas de múltiplos setores, como a Saúde, a Educação, o Legislativo, a regulação econômica etc.
- A questão da liderança e da decisão política na condução das medidas é fundamental, tanto no plano internacional, como nacional e local – o controle das DCNT deve ser parte integrante obrigatória das agendas políticas de cada nível de governo e de cada país, dentro da comunidade internacional.
- Ações de controle da DCNT, principalmente se forem multissetoriais e preventivas, oferecem rápido retorno em termos de custos e resultados sanitários concretos.
- Da mesma forma, a implementação de políticas de saúde calcadas na atenção primária (APS) é uma ação poupadora de custos para os sistemas de saúde, em todos os níveis.
- O uso eficiente de recursos locais, muitas vezes já disponíveis, bem como o financiamento inovador são essenciais para o adequado controle das DCNT.

1. OS SISTEMAS DE SAÚDE DÃO RESPOSTAS ADEQUADAS ÀS DCNT?

A OMS vem alertando a seus países membros e à comunidade mundial da saúde a respeito de que os sistemas de saúde predominantes em termos globais estão falhando, por não conseguirem acompanhar algumas das tendências epidemiológicas e demográficas atuais, como é o caso do declínio dos problemas agudos e da concomitante ascensão das condições crônicas. Expressão síntese disso, empregada nos documentos oficiais deste organismo internacional é, simplesmente: “frente a problemas de saúde crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”.

De fato, existe uma crise dos sistemas de atenção à saúde, marcada, por um lado por uma situação de saúde na qual é forte a predominância de condições crônicas e, por outro, sistemas fragmentados de atenção, que operam apenas de forma episódica e reativa, voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Tais sistemas de atenção à saúde, insatisfatórios na forma e nas funções, se voltam meramente para indivíduos genéricos, que não chegam a ser verdadeiros sujeitos dos processos de tratamento. Operam de modo predominantemente reativo, com ênfase curativa e reabilitadora, possuindo, além do mais, entrada “aberta”, com ênfase no cuidado médico, na gestão da oferta e no pagamento de serviços que não leva em consideração a apresentação de resultados.

Apresenta-se, assim, marcante contradição entre a situação de saúde da população e a forma de organização dos sistemas de atenção. Uma situação de saúde do século XXI é respondida precariamente por um sistema de atenção à saúde concebido em um passado remoto. Evidencia-se grande descompasso entre fatores que evoluem rapidamente, como as mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas e as condições internas do sistema, tais como a cultura, recursos, incentivos, liderança, organização formal, aspectos incapazes de se mover tão rapidamente.

A forma fragmentada com que são organizados os sistemas de saúde praticamente os orienta para as condições agudas ou apenas para as agudizações de condições crônicas. É preciso, portanto, ajustar e adequar tais sistemas, para que possam atender efetivamente também as condições crônicas, e não se concentrar em uma delas apenas.

Em modelos de atenção voltados para as condições crônicas a variável chave não pode ser meramente o tempo de resposta, como acontece nos casos agudos. Em tal contexto as intervenções necessárias possuem complexidade e abrangência mais altas, podendo variar desde a promoção da saúde, para toda a população, até as intervenções de prevenção das condições de saúde voltadas a população em risco, em prazo de ação curto, médio e longo.

Surge assim o conceito de gestão da condição de saúde, com caráter específico, destinada a segmentos de baixo ou médio risco. No limite, todavia, para os casos de alto risco, tal gestão de caso não cobrirá mais do que 5% população, o que corresponde aos portadores de condições muito complexas, consumidores de parcela expressiva dos recursos financeiros. Em todas as circunstâncias, impõe-se de forma associada o chamado “autocuidado apoiado”, abrangendo até 70% de pessoas, potencialmente portadoras de condições mais simples.

Em tais tempos de crise global dos sistemas de saúde, tanto públicos como privados, no ano de 2011 a OMS convocou uma Conferência Global sobre Estilos de Vida Saudáveis e Doenças não Transmissíveis e a própria Assembléia Geral das Nações Unidas promoveu uma sessão especial sobre DCNT, chamando a atenção dos países membros para a necessidade de respostas urgentes de seus sistemas de saúde frente a esta verdadeira epidemia global, que vem se estendendo por todos os países, seja de alta, média e baixa renda, em uma velocidade inusitada.

No chamado da OMS e ONU, faz-se um alerta aos países, seus governantes e população em geral, para a magnitude do problema e a necessidade de enfrentamento consequente das DCNT, enfatizando-se o risco de serem produzidas respostas apenas concentradas no setor saúde e com programas verticais, que historicamente já se revelaram ineficazes.

As recomendações da OMS enfatizam, entre seus princípios, a formação das redes de atenção à saúde como melhor opção para o enfrentamento das condições crônicas, por produzirem respostas mais adequadas às necessidades em saúde, por meio da integração sistêmica, rompendo, assim com as tradicionais estruturas formais de “referência e contrarreferência”, além de exigir, o que é de digno de nota, a urgente reformulação e reorientação do papel da APS em tal sistema, que deverá ter caráter central e ordenador sobre os fluxos de pacientes e serviços dentro do mesmo.

As DCNT representam um conjunto de condições que requerem esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo. Assim, as tradicionais soluções seletivas e focais, consagradas no combate às doenças infecciosas, devem ceder lugar a estratégias abrangentes e duradouras, que afetem e reflitam a estrutura e a pesquisa nos serviços e sistemas de saúde e as necessidades reais da população.

O quadro a seguir resume algumas das adaptações que os sistemas de saúde devem proceder para realmente produzirem impacto efetivo sobre a atual epidemia de DCNT.

ADAPTAÇÕES POTENCIAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE COM IMPACTO NO CONTROLE DAS DCNT

- Incrementos na disponibilidade de recursos para os sistemas de saúde como um todo e para as DCNT em particular
- Ampliar taxações com resultado específico para a saúde (exemplo: taxaço do tabaco)
- Fortalecer a prevenção, com especial ênfase na introdução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde
- Desenvolver ações de integração intra e extrassetorial, incentivando a concepção de linhas de cuidados contínuos
- Construir sinergias entre programas já existentes e o controle das DCNT, por exemplo, na área materna, infantil, doenças transmissíveis e outras
- Desenvolver abordagens integrativas e por ciclos de vida na prevenção e no controle das DCNT
- Desenvolver e fortalecer conteúdos e habilidades de interesse para as DCNT, mediante incentivos, visando a força de trabalho em saúde

Fonte: Banco Mundial, 2011

2. AS BASES DO CONTROLE DAS DCNT

Lidar com sucesso com as doenças crônicas na constitui um significativo desafio para os sistemas de saúde, mesmo aqueles que já avançaram em suas estratégias políticas e operacionais. Para os sistemas ainda pouco organizados, em termos de formação de redes de atenção e de atribuição à Atenção Primária à Saúde (APS) de papel ainda pouco relevante, este desafio será, certamente, muito maior.

As análises epidemiológicas e econômicas disponíveis, em âmbito mundial e distinguindo as diversas categorias socioeconômicas de países, sugerem que os formuladores de políticas nacionais devem tornar a gestão das DCNT uma prioridade máxima. No entanto, escolher as estratégias adequadas constitui uma tarefa complexa, especialmente pela relativa carência, muitas vezes, de evidências relativas à eficiência das medidas e seu custo-eficácia. Isso significa que os formuladores de políticas precisam conhecer mais do que apenas evidências acadêmicas sobre intervenções individuais; eles também precisam saber quais são as condições institucionais e organizacionais que favorecem a gestão das doenças crônicas e onde as lacunas de conhecimento precisam ser reduzidas.

A reunião realizada pela ONU em setembro de 2011, com foco nas DCNT, representou uma oportunidade sem precedentes para criar um movimento global e contínuo contra a morte prematura, a morbidade e a disfunção causadas por tais enfermidades. A crescente crise global de DCNT tem sido apontada, uniformemente, como importante barreira às metas de desenvolvimento dos países e à realização humana.

Como resultado da aliança internacional surgida após a referida reunião, foram propostas cinco abrangentes ações prioritárias para responder à crise, quais sejam, liderança; prevenção; tratamento; cooperação internacional; monitoramento e responsabilidade.

Além delas, o cumprimento de cinco intervenções prioritárias foi cogitado: controle do tabagismo; redução da ingestão de sal; dietas adequadas; promoção

da atividade física; redução da ingestão de álcool e drogas, além do desenvolvimento de algumas tecnologias essenciais.

Estima-se que a implementação das intervenções prioritárias, em um custo global de cerca de nove bilhões de dólares ao ano, trará enormes benefícios ao desenvolvimento econômico e social, bem como à saúde das populações beneficiadas. Se forem amplamente adotadas, as intervenções previstas alcançarão a meta global de reduzir as mortes por DCNT em até 2% ao ano, o que poderá evitar alguns milhões de mortes ao longo da presente década.

DCNT: BASES PARA A AÇÃO GOVERNAMENTAL

- Incrementar e aprimorar continuamente o compromisso e a responsabilização com as DCNT
- Implementar mecanismos efetivos e responsáveis de coordenação com foco multissetorial
- Focalizar número restrito de condições (“as quatro grandes”: infarto do miocárdio, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica / câncer de pulmão e efeitos nocivos do álcool) com ampliação subsequente para a totalidade das DCNT.
- Estabelecer como ação imediata e prioritária: medidas de abrangência populacional total associadas a medidas de alcance aos indivíduos de alto risco.

3. INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS CONTRA AS DCNT

As intervenções prioritárias e de implantação imediata para o controle das DCNT devem cumprir critérios rigorosos. Entre estes, podem ser citados: trazer efeito significativo para a saúde, por exemplo, com a redução das mortes e das disfunções prematuras, medidas pelo coeficiente DALY; apresentar fortes evidências de bom custo-benefício, com custos de implementação compatíveis, além de viabilidade política e financeira para sua realização em ampla escala. Entre tais intervenções especial destaque deve ser conferido à redução dos principais fatores de risco por meio de métodos que atinjam toda a população, bem como o tratamento dirigido a pessoas com alto risco de desenvolverem as DCNT.

Assim, são propostas cinco intervenções imediatas prioritárias, quatro dirigidas a toda a população e uma aos serviços clínicos, como a assistência farmacêutica

a regulação das tecnologias. São ações que redundam em boa relação custo-benefício e podem ser realmente eficazes em reduzir as mortes e as disfunções prematuras pelas DCNT.

A viabilidade para a realização de tais intervenções em maior escala depende, entretanto, de variados fatores, como a situação política; a disponibilidade de recursos; a capacidade de resposta dos sistemas de saúde; o apoio da comunidade; o poder dos interesses comerciais. Além disso, devem ser valorizados e incorporados nas estratégias o compartilhamento de experiências com outros países e o compromisso e o apoio internacionais.

Intervenções com um alto impacto sobre a saúde e de alta viabilidade, como o controle do tabagismo e a redução na ingestão do sal, estariam direcionadas a toda a população e trariam os maiores benefícios. Elas seriam benéficas também para os mais pobres e contribuiriam para reduzir as desigualdades sociais e sanitárias. São intervenções que deveriam ser prioritariamente implementadas em todos os países.

Além disso, intervenções direcionadas a toda a população trazem vantagens se comparadas àquelas que estão focadas apenas em grupos, pois, com elas, a maioria das pessoas usufruirá de seus efeitos positivos. Este tipo de intervenção tem, também, custos de implementação baixos e com elas não será necessário investir demasiadamente no fortalecimento dos sistemas de saúde. Aquelas pessoas que já estão sofrendo das DCNT, ou com alto risco de desenvolvê-las, também serão beneficiadas.

3.1. LIDERANÇA

O mais importante resultado da Reunião da ONU é o apoio político contínuo, forte e de alto nível aos compromissos específicos para lidar com a crise de DCNT, com a meta de reduzir mortes causadas por estas doenças em 2% ao ano. Embora na origem isso se refira a políticas nacionais, trata-se de um componente cujo exercício é fundamental também em outros níveis de governo e nas diversas

instâncias políticas. Em um país como o Brasil, com sua federação peculiar e seu sistema de saúde com forte base municipal, o papel de liderança dos gestores locais de saúde e das lideranças políticas é fundamental.

Da mesma forma, o atributo da liderança deve ser exercido no âmbito institucional, por exemplo, nos serviços locais de saúde, nos hospitais, nos serviços sociais, na rede escolar e assim por diante.

3.2. PREVENÇÃO

Em termos específicos de prevenção, já existem dispositivos de consenso internacional, entre os quais podem ser destacados a aceleração da implementação da Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabagismo da OMS, da qual o Brasil já é signatário, visando atingir a meta de um “Mundo Livre do Tabaco” nas próximas décadas.

Além disso, podem ser apontados: a redução do consumo de excessivo de cloreto de sódio (sal de cozinha), baixando-o até menos de cinco gramas por pessoa, por dia, até 2025, além do alinhamento de políticas nacionais de agricultura, comércio, indústria e transporte para promover dietas mais saudáveis, aumentar a atividade física e reduzir o consumo nocivo de álcool.

A resposta à crise de DCNT tem como estratégia essencial o foco na prevenção primária, única abordagem capaz de garantir que as gerações futuras não correm o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças. O controle do tabagismo e a redução do sal constituem as prioridades máximas. Tais abordagens, se extensivas a toda a população, poderão trazer efeitos positivos no curto prazo e, além disso, são de custo relativamente baixo, estimado em cerca de US\$0.20 por pessoa, por ano. Para essas e outras intervenções, que trarão enormes benefícios, é preciso que os formuladores de política e os tomadores de decisão estejam atentos e em condições de neutralizar interesses contrários, por exemplo, da indústria.

3.3. TRATAMENTO

Do ponto de vista do tratamento, cumpre garantir o abastecimento de medicamentos e tecnologias essenciais para o conjunto das doenças prioritárias, o que sem dúvida é um desafio particularmente forte em países de grande extensão e baixo investimento público em saúde, como é o caso do Brasil..

Além disso, cabe fortalecer o sistema de saúde, para que este ofereça e garanta cuidados focados nas pessoas, nos diferentes níveis, mediante tecnologias de organização adequadas, como o foco na atenção primária e na formação de redes assistenciais.

Assim, deve ficar claro que a implementação das intervenções imediatas e prioritárias para o tratamento das DCNT necessita de um sistema de saúde em bom funcionamento e de uma abordagem baseada em passos específicos. Muitos serviços de saúde são inadequados em termos de arranjos de governança e processos de planejamento de saúde. Outros aspectos a serem melhorados são: o financiamento deficitário saúde; os trabalhadores não apropriadamente qualificados; o consumo pouco racional de drogas e tecnologias; as falhas dos sistemas de informação de saúde. Modelos universalmente acessíveis de oferta de serviços de saúde, com foco na atenção primária e na formação de redes – nunca é demais lembrar – são essenciais para o cuidado de pacientes no longo prazo.

Exigência básica é o fortalecimento dos sistemas de saúde, de modo que possam oferecer serviços para todas as doenças e condições comuns, durante o tempo de vida, com um modelo de oferta focado no paciente e não nos interesses dos prestadores e produtores.

3.4. COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO

Dois tópicos devem ser destacados: elevar a prioridade das DCNT nas agendas globais, aumentando o financiamento para ações que lidam com estas doenças, bem como promover a sinergia entre os programas de controle das referidas

enfermidades e de outras prioridades globais de saúde, incluindo sustentabilidade e mitigação das mudanças climáticas.

Até hoje as DCNT foram negligenciadas pelas agências de desenvolvimento nacionais e internacionais e mesmo pelos gestores de saúde, bem como pelo senso comum dos cidadãos. Respostas adequadas e eficazes ao problema das DCNT requerem liderança governamental e coordenação de todos os setores e protagonistas relevantes, o que pode reforçado não só pela cooperação internacional, como também entre entes federativos. Deve ser procurada articulação entre as ações contra DCNT e outros programas prioritários de desenvolvimento nas diversas áreas sociais e ambientais. A estratégia internacional dos Objetivos do Milênio (ODM) tem se revelado uma importante ferramenta também para o delineamento de metas que dizem respeito às DCNT.

Mais uma vez, embora se trate de itens de feição global e internacional, mesmo assim cabe reflexão e ação também no nível das regiões e das localidades, com a mobilização da comunidade, setor privado e lideranças políticas dos níveis respectivos.

3.5. INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO

Devem ser, primeiramente, identificadas, divulgadas e compartilhadas metas ambiciosas, sem deixarem de ser realistas, para o alcance das ações, com estratégias transparentes para seu relato e monitorização, o que implica avaliar os progressos obtidos em relação às ações e intervenções realizadas.

Um arcabouço para o monitoramento, a informação e a responsabilização é essencial para garantir que haja retorno dos investimentos anti-DCNT. Neste aspecto, sistemas confiáveis de informação, como os existentes no Brasil, são essenciais. Mas sua confiabilidade não pode se verificar apenas na sua concepção, mas também na execução dos procedimentos em todos os níveis do sistema de saúde. O registro correto e completo das mortes causadas por DCNT é o mecanismo mais sustentável para monitorar o progresso na prevenção das

mesmas. Da mesma forma, inquéritos populacionais regulares e representativos constituem formas eficazes de monitorar as tendências nos fatores de risco e a compreensão de intervenções prioritárias.

As instâncias do setor saúde, nas diversas esferas políticas e institucionais, devem se responsabilizar solidariamente pela informação e análise quanto ao progresso no combate às DCNT, mobilizando recursos, desenvolvendo políticas, identificando melhores práticas, construindo parcerias, e identificando prioridades para pesquisa e apoio.

4. PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DAS DCNT

Existem, nos diversos países e também no Brasil, experiências bem sucedidas na prevenção e detecção precoce de doenças crônicas. A prevenção inclui abordagens primárias, secundárias ou terciárias, que diferem entre si quanto aos objetivos específicos e os grupos-alvo respectivos.

A prevenção primária é dirigida à prevenção de doenças, removendo as causas. A prevenção secundária tem como objetivo identificar a doença numa fase inicial para que ela possa ser tratada. A prevenção terciária é direcionada às pessoas que já sofrem de uma doença – e é, portanto, uma forma de cuidado.

Seguem, a seguir, alguns exemplos concretos de intervenções contra alguns dos fatores de risco das DCNT.

4.1. TABAGISMO E O CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL

Alguns elementos que devem orientar este tipo de estratégia são mostrados no quadro a seguir:

- Políticas de preços: impostos, direitos mínimos e preços mínimos.
- Informação e comunicação: limites à publicidade e à promoção, à exposição de produtos e ao marketing, e rotulagem obrigatória.
- Embalagem: tamanho mínimo de maços de cigarro.
- Distribuição: restrição das vendas a menores, máquinas de venda automática de cigarros com tecnologia para proteção da juventude.
- Consumo: proibição de fumar em locais públicos, bares e locais de trabalho.
- Assistência comportamental ao desejo de cessação do tabagismo.

Na questão específica do uso do tabaco, uma forte mobilização internacional vem ocorrendo desde o início da década passada, liderado pela OMS, a chamada “convenção-quadro para o controle do tabaco”, cujos tópicos essenciais são mostrados no quadro a seguir. Embora seus resultados ainda sejam considerados incipientes, a expectativa geral é de que a CQCT possa se constituir efetivamente como uma nova abordagem de cooperação internacional em saúde, desde que associada com compromissos de decisão política, liderança, e formulação de políticas específicas adequadas por parte dos países.

CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO – OMS (2003)

- Redução da demanda para tabaco e derivados mediante aumento de taxaço, legislação, decretação de ambientes livres de tabaco, restrições à publicidade.
- Intervenções extrassetoriais, especialmente controle da produção e comércio ilícitos de produtos de tabaco

Fonte: www.thelancet.com (April, 6, 2011)

4.2. INTERVENÇÕES CONTRA A OBESIDADE

Existem várias abordagens para a prevenção da obesidade. Estes incluem informação pública e divulgação, tendo como alvo crianças e adolescentes, a tributação de alimentos pouco saudáveis, o planejamento do ambiente urbano, e as proibições alimentares. A abordagem dominante no controle da obesidade é a prevenção primária.

4.3. INTERVENÇÕES CONTRA A HIPERTENSÃO

Sabe-se que as abordagens eficazes contra a hipertensão devem ser combinadas a outras estratégias destinadas a reduzir fatores de risco para doença cardíaca isquêmica. Tais programas geralmente incluem perda de peso, dieta saudável, atividade física e consumo moderado de álcool.

A dieta pode ser substancialmente afetada pela mudança dos processos de produção, para reduzir componentes de alimentos não saudáveis, como gorduras trans ou sal. Estas mudanças podem ser implementadas rapidamente, mas dependem, naturalmente, do apoio do setor privado e, principalmente, dos governos .

O quadro seguinte resume as modalidades possíveis de abordagem.

FATOR DE RISCO	INTERVENÇÕES POSSÍVEIS
Uso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Acelerar a implementação da “Convenção quadro” • Aumentar taxas para cigarros e produtos afins • Alertas na publicidade e embalagens de tabaco • Banir o tabagismo dos espaços públicos por medidas legais, como proteção também aos “fumantes passivos” • Oferecer apoio e tratamento às pessoas que desejam abandonar o tabaco • Medidas educativas e de promoção da saúde
Sódio excessivo na dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Regulamentar a dosagem de cloreto de sódio nos alimentos processados e semiprocessados • Reduzir a concentração de sal em alimentos mediante adesão voluntária da indústria respectiva • Promover o uso de substitutivos do cloreto de sódio • Realizar campanhas informativas e educacionais sobre os riscos da alta ingestão salina
Uso abusivo do álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar taxas sobre bebidas alcoólicas • Banir a publicidade respectiva • Restringir acesso ao uso

FATOR DE RISCO	INTERVENÇÕES POSSÍVEIS
Dietas pouco saudáveis, obesidade e inatividade física	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir taxaço específica para alimentos pouco saudáveis • Subsidiar o consumo de alimentação saudável • Prover informação adequada na embalagem dos produtos • Introduzir e gerir restriçoões de mercado aos alimentos pouco saudáveis
Riscos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acesso aos serviços de saúde e á assistência farmacêutica para os pacientes em alto risco para DCNT

Fonte: Harvard School of Public Health – World Economic Forum, 2011

4.4. A ABORDAGEM INTERSETORIAL NAS DCNT

Documentos de organismos internacionais, entre eles a OMS e o Banco Mundial, têm enfatizado que a articulação de estruturas e processos relativos a outros setores, que não apenas o da saúde, representa um grande avanço no controle das DCNT. Seus desdobramentos não se dão apenas no plano sanitário propriamente dito, mas também social e econômico, mobilizando e racionalizando o emprego de capital humano e do financiamento. Este aspecto tem sido, aliás, mencionado em ênfase também nos documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, como, por exemplo, no Pacto pela Saúde, sendo aqui conhecido como “ação intersectorial”, além de outros termos correlatos. Na literatura internacional ele tem sido referido com estratégia HIAP, sigla para a expressão em inglês “*health in all policies*”, ou “saúde em todas as políticas”.

Documento recente sobre a estratégia HIAP foi gerado pelo governo da Austrália, em 2010 e respaldado e divulgado internacionalmente pelo Banco Mundial. As principais características da HIAP na prevenção e no controle das DCNT podem ser vistas no quadro seguinte.

SETOR	OPORTUNIDADES DE AÇÃO
Finanças	<ul style="list-style-type: none"> • Subsídios á produção de alimentos mais saudáveis • Sobretaxação de tabaco, álcool, óleos não-saudáveis • Remoção de subsídios eventualmente concedidos a produtos não-saudáveis
Agricultura e produção de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Produção e promoção do consumo de alimentos saudáveis • Redução de sal e de gorduras trans em alimentos processados industrialmente • Promoção de agricultura substitutiva: grãos x folhas de tabaco
Meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Definição e fiscalização rigorosas relativas a padrões de qualidade ambiental • Obrigatoriedade de espaços de lazer e exercícios físicos em projetos habitacionais
Infraestrutura e transportes	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento viário visando: redução de poluição, segurança no trânsito, acessibilidade a serviços de saúde • Inclusão de opções diferenciadas para a mobilidade urbana, como por exemplo, ciclovias, pistas para caminhadas com aumento do acesso a facilidades para exercícios físicos e padrões habitacionais mais saudáveis e seguros
Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de exercícios físicos na população escolar • Promoção da nutrição saudável no ambiente escolar • Formação e capacitação de pessoal da Educação e da Saúde em conteúdos de prevenção e cuidado nas DCNT
Proteção social	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da cobertura de serviços primários de prevenção e tratamento em conteúdos relacionados às DCNT • Isenções e incentivos a pacientes portadores de DCNT em serviços relacionados a este tópico • Financiamento a processos de integração de ações e serviços relativos às DCNT (planejamento, informação e coordenação) • Ajuste dos cálculos de financiamento público à situações reais aferidas pela carga de doença • Migração para sistemas de pagamento unificado dos custos da assistência à saúde

SETOR	OPORTUNIDADES DE AÇÃO
Legislação e promoção de cidadania	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento e promoção de políticas saudáveis, por exemplo, para alcoolismo no volante, violência doméstica, uso de tabaco em ambientes públicos etc. • Reforço e fiscalização relativos à legislação antipoluição
Mídia	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de mudanças pela informação, por exemplo, no sedentarismo, uso de tabaco, abuso de álcool, estilos de vida, entre outros
Setor privado	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento à saúde e segurança no trabalho • Desenvolvimento da estratégia de “Ambientes de Trabalho Saudáveis”

Fonte: Banco Mundial, 2011

5. NOVAS QUALIFICAÇÕES E CONFIGURAÇÕES DOS CUIDADORES

As doenças crônicas aumentam a complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados, exigindo mudanças na atuação profissional, nas qualificações e nas configurações dos cuidados.

Como se sabe em toda parte, os médicos desempenham um papel fundamental na orientação dos pacientes pelo sistema de saúde e, portanto, precisam ser treinados para assumir responsabilidades especiais neste campo.

Os prestadores também têm feito experiências com novos tipos de cuidados. Muitos países estão se convencendo de que as linhas de demarcação entre as profissões de saúde tradicionais - por exemplo, entre médicos e enfermeiros - são prejudiciais, e estão começando a redistribuir responsabilidades.

Novas configurações de serviços de saúde estão sendo apresentadas em toda parte. Os consultórios individuais, por exemplo, não têm sido mais considerados como modelos adequados para a prática médica. A tendência internacional atual aponta para a criação de clínicas conjuntas, nas quais estão presentes médicos,

enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais, sendo também orientadas ao cuidado e bem estar dos pacientes, com melhor custo-benefício.

Enfermeiros de cuidados primários com funções aprimoradas podem fornecer atendimento de alta qualidade em muitas áreas que são tradicionalmente domínio dos médicos. Tem sido demonstrado em estudos realizados em várias partes do mundo que a disponibilidade de enfermeiros especializados para atendimento de pacientes com doenças de longo prazo pode melhorar os resultados e reduzir a utilização dos recursos de saúde. Os profissionais de enfermagem podem reduzir internações hospitalares e ao mesmo tempo introduzem mais modalidades de serviços na atenção primária, o que, em si, pode não ser um aspecto negativo. De toda forma, clínicas administradas por enfermeiros especializados têm sido relacionadas a melhores resultados clínicos, segundo revisões de literatura realizadas na Europa

Deve ser considerado, também, o papel central, cada vez mais reconhecido em todo o mundo, dos cuidadores familiares no acompanhamento, tratamento e gestão de doenças e condições crônicas. Esse papel está se expandindo, na medida em que aumenta o número de pessoas com condições crônicas e disfunções associadas. As mudanças derivadas na prestação de cuidados de saúde mostram, ainda, a importância da atenção no âmbito das famílias e das instituições, não apenas diretamente nos serviços de saúde.

Além disso, tem sido demonstrado que a percepção da competência dos cuidados e do apoio prático oferecido por profissionais de saúde estão relacionados aos melhores cuidados realizados diretamente pelas famílias. Isso sem dúvida sugere que fornecer suporte, treinamento e qualificação para cuidadores familiares pode ser uma estratégia eficaz para lidar com condições crônicas.

6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E NOVAS TECNOLOGIAS MÉDICAS NAS DCNT

Os produtos farmacêuticos e outras tecnologias médicas são essenciais para o diagnóstico e o tratamento das DCNT. Os tratamentos têm se tornado cada vez mais sofisticados, por vezes tendo como alvo elementos do processo da doença que eram desconhecidos há poucos anos atrás.

Apesar do papel importante dos produtos farmacêuticos, o debate sobre a gestão de doenças crônicas tende a se concentrar em estruturas e programas, mais do que em novas abordagens medicamentosas. Entretanto, uma e outra forma de abordagem das DCNT estão em constante evolução e nelas se pode detectar algumas tendências gerais e destacar alguns avanços, como se verá nas linhas seguintes.

O bem-sucedido gerenciamento das doenças crônicas requer não apenas medicamentos eficazes, mas também o autocuidado eficaz e sustentado, que inclui o não só o cumprimento do que foi prescrito em termos de medicação. Isso vai mais além, dentro de um campo que tem sido denominado de “conformidade”, ou, mais precisamente, de adesão dos pacientes às instruções médicas. Evidências internacionais, ressaltadas pela própria OMS têm mostrado, contudo, que a adesão a tratamentos de longo prazo por pacientes com doenças de longa duração é decepcionante, muitas vezes. Reconhece-se, assim, a importância de intervenções técnicas que buscam incrementar a adesão dos pacientes.

A melhoria da adesão está intimamente ligada ao conceito de qualidade de vida. Em 1948, a OMS já havia definido a saúde como um «estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade» Isso ampliou o conceito de saúde para além do modelo biomédico. Hoje, os medicamentos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, bem como alcançar melhores resultados clínicos, o que é importante para aqueles com condições crônicas, para as quais muitas vezes não há cura. Os medicamentos para a maioria das doenças crônicas têm como objetivo prevenir e controlar os sintomas, reduzir a frequência e a gravidade das

exacerbações e melhorar a saúde geral. Mas sem dúvida, uma melhor qualidade de vida deve ser seu objetivo mais realista.

Os doentes crônicos muitas vezes sofrem restrições a suas vidas diárias, com fases de baixa capacidade funcional, mental e social. Uma carga muitas vezes intolerável de medidas de diagnóstico e tratamento pode estar presente, por exemplo, na quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer e pode vir acompanhada de implicações psicossociais. Assim, medicamentos de apoio, que melhoram a qualidade de vida, tornam-se mais importantes. Eles devem ser menos tóxicos, além de permitirem que os pacientes passem menos dias no hospital

Levando isso em consideração, a avaliação de produtos farmacêuticos no atendimento das doenças crônicas deve ir além da cura. Parece mais adequado usar a qualidade de vida como um critério fundamental para a gestão de doenças crônicas, mas, sem dúvida, utilizar tal conceito para tomar decisões requer métodos de avaliação válidos e objetivos.

Algumas recomendações, relativas á abordagem medicamentosa e ao emprego intensivo de tecnologias médicas, são hoje consensuais. Os medicamentos personalizados, por exemplo, constituem uma das principais tendências no desenvolvimento de produtos farmacêuticos. No entanto, o uso de medicação especializada para gerenciar doenças crônicas traz consigo um novo conjunto de problemas. Em particular, os formuladores de políticas no nível governamental ou de entidades reguladoras, precisam considerar como organizar de forma eficaz o licenciamento, o reembolso ou as normas de dispensação para uma intervenção tão personalizada. As inovações terapêuticas devem ser inseridas no processo de tratamento sem sacrificar a segurança do paciente e ainda há muito a caminhar neste sentido, não só em países como o Brasil, mas também em países de renda mais alta e diferente cultura médica.

Se o objetivo é melhorar, de fato, a qualidade de vida o desenvolvimento e a aprovação de medicamentos carecem de diferentes e mais apuradas abordagens em termos de avaliação de custo-eficácia e custo-benefício. Os parâmetros anteriormente vigentes nem sempre são suficientes. Contudo, a necessária avaliação

não deve bloquear a autorização e a implementação de novos medicamentos e instrumentos médicos, mas deve ser realizada com foco na rapidez e na responsabilidade.

7. INCENTIVOS FINANCEIROS NAS POLÍTICAS DE CONTROLE DAS DCNT

Quando se discute a qualidade do atendimento, os profissionais de saúde tendem a enfatizar a importância da ética profissional, da motivação, dos níveis adequados de pessoal além da educação e da formação. Pesquisas indicam, contudo, que tais dimensões são limitadas em sua capacidade de mudar comportamentos dos pacientes e dos próprios profissionais. Assim, instrumentos que permitam mudanças mais rápidas e seguras são necessários e, neste campo, algumas das estratégias disponíveis são os incentivos financeiros.

Usar incentivos financeiros com eficiência muitas vezes significa eliminar outros incentivos que tornam os cuidados crônicos ou o gerenciamento de doenças menos eficaz. A realidade indica, todavia, que por mais que as partes interessadas estejam motivadas a aprimorar os seus cuidados aos pacientes crônicos, poucos vão operar contra seus próprios interesses econômicos.

Não há dúvida que os fluxos financeiros influenciam a maioria dos relacionamentos em um sistema de saúde. Eles de fato agem como incentivos, seja com efeitos intencionais ou não. É preciso definir melhor quais são esses fluxos financeiros e respectivos incentivos, bem como as bases conceituais, as intenções, os possíveis resultados e a cadeia de relações que surgem função deles, seja entre os pacientes, os fornecedores de cuidados, os financiadores ou os pagadores e compradores de serviços.

O quadro a seguir resume o panorama das possibilidades dos incentivos financeiros nos serviços que atendem as DCNT.

FOCO	CATEGORIAS DE INCENTIVOS
Estruturas	<ul style="list-style-type: none"> • Na demanda • Redução de contribuições individuais ou compartilhadas (caso dos planos de saúde) para quem se dispuser a levar vida mais saudável (por exemplo, em relação ao tabaco, álcool, perda de peso etc.) • Cobertura de serviços adicionais para pacientes com DCNT • Na oferta • Desenvolvimento de processos de gestão da clínica (DMP) e envolvimento dos pacientes nos mesmos • Estabelecimento de linhas de cuidados negociadas que ultrapassem as fronteiras dos serviços • Desenvolvimento de planos de compensação por riscos
Processos	<ul style="list-style-type: none"> • Na demanda • Manter pacientes em processos de gestão da clínica por períodos pré-fixados • Na oferta • Remuneração por resultados positivos (“pay for performance”), mediante obediência a protocolos e gestão da clínica
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Na oferta • Remuneração por resultados positivos: metas pré-definidas, satisfação do paciente, altas com cura ou melhora etc.

Fonte: European Observatory of Health Systems, 2010

AS DCNT E AS INOVAÇÕES ASSISTENCIAIS NECESSÁRIAS PARA CONTROLÁ-LAS



SUMÁRIO

Oferecer respostas adequadas e eficazes para as DCNT é considerado o maior desafio do setor saúde no século 21. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe medidas voltadas para redirecionar os atuais sistemas de saúde, transformando-os em sistemas que contemplem o curso de cada doença ao longo da vida e respondam às necessidades do paciente crônico, não apenas dos casos agudos.

Os modelos de atenção à saúde que efetivamente podem dar conta da crise das DCNT devem ter em foco algumas características, como a ênfase na atenção primária à saúde (APS), não só como porta de entrada do sistema e instância reguladora do acesso ao mesmo; a capacitação dos pacientes para o autocuidado, seja como empoderamento, autonomia ou participação nos processos decisórios clínicos. Além disso, é essencial a coordenação entre os diversos serviços e atividades pela APS, aí incluídos os serviços especializados e hospitalares.

Uma ampla gama de situações pode ser vislumbrada, como, por exemplo, as ações educativas voltadas para a mudança de comportamentos; as práticas de saúde continuadas e planejadas de forma prospectiva e proativa.

Além disso, movimentos estruturais devem ser previstos, com foco na adaptação das condições da prestação dos serviços por parte dos sistemas de saúde, em todos os seus níveis, às necessidades dos pacientes, considerando o panorama em curso de mudanças que se vê na atualidade, sejam elas demográficas, epidemiológicas, institucionais ou políticas.

Torna-se necessária, acima de tudo, a integração ativa e permanente entre os pacientes e as equipes de saúde, com multidisciplinaridade das intervenções e a necessidade de coordenação entre os diferentes elementos da cadeia de prestação de serviços, com a formação de redes com outros serviços sociais, sob a coordenação da APS.

1. AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MODELOS DE ATENÇÃO PARA DCNT

As DCNT representam atualmente um problema global, com características especiais que as diferenciam expressivamente das condições agudas, tendo também natureza complexa, seja em relação a seus fatores etiológicos ou condicionantes,

seja nos determinantes sociais e também nas repostas necessárias por parte dos sistemas e serviços de saúde. O quadro seguinte resume estes aspectos.

DCNT: CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES DE CUIDADO	
Fatores de risco biológicos e comportamentais; poluentes	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções educacionais visando fatores comportamentais
Duração: longo prazo, epidódios de repetição acutizações	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados contínuos, de logo prazo, com foco na APS • Cuidados planejados de forma prospectiva e proativa • Capacitação de pacientes: alcance de metas, solução de problemas, autocuidado, participação nos processos decisórios clínicos • Adaptação entre condições da prestação de serviços e necessidades dos pacientes, em panorama de mudanças • Interação ativa e regular: pacientes e membros da equipe de saúde
Comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ações multidisciplinares, em equipe • Coordenação entre os diferentes prestadores de serviços
Surgimento de disfunções	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento dos pacientes e suas famílias • Ação em rede com outros serviços sociais

Fonte: European Observatory of Health Systems, 2010

Verifica-se, portanto, que as intervenções possíveis nas DCNT pertencem a uma ampla gama de situações. Podem ser realizadas, por exemplo, ações educativas voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados continuados, de longa duração, planejados de forma prospectiva e proativa e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde. A capacitação de pacientes é fundamental, de modo a desenvolver sua adesão, com apoio das famílias, a metas de cuidado, bem como autonomia na solução de problemas e participação nos processos decisórios clínicos, sempre sobre supervisão das equipes de saúde.

Além disso, determinados movimentos de fundo estrutural, nem sempre de determinantes e consequências simples, devem ser previstos, tais como a

necessária adaptação das condições da prestação dos serviços assistenciais às necessidades dos pacientes, particularmente no bojo de um panorama de mudanças demográficas, epidemiológicas, institucionais e políticas. Isso implica em uma interação ativa e regular entre os pacientes e as equipes de saúde, com multidisciplinaridade das intervenções e a necessidade de coordenação entre os diferentes elementos da cadeia de prestação de serviços, com a formação de redes com outros serviços sociais.

Existe hoje, sem dúvida, uma verdadeira “onda” global de DCNT, que ameaça os indicadores de saúde e da economia de praticamente todas as nações. Intervenções massivas são necessárias, seja com foco na população como um todo, seja em grupos diferenciados da mesma. Diversas categorias dessas intervenções devem ser vislumbradas, tendo como objeto desde a sociedade como um todo, as cidades onde se vive, os ambientes escolares e de trabalho, as situações individuais de risco, entre outros. Isso configura os conteúdos dos modelos assistenciais que devem ser adotados nas diversas situações.

O quadro a seguir resume estes aspectos.

PREVENÇÃO E CONTROLE DA “ONDA” DE DCNT	
Foco	TIPO DE INTERVENÇÃO
População total	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégia “HIAP” (Saúde em Todas as Políticas) • Iniciativa “Cidades Saudáveis” • Controle de álcool e tabaco • Intervenções nos locais de trabalho e escolas
População em risco específico para dcnt	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção e tratamento das situações individuais de risco • Intervenções nos locais de trabalho e escolas

PREVENÇÃO E CONTROLE DA “ONDA” DE DCNT	
Foco	TIPO DE INTERVENÇÃO
Pacientes com DCNT	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Primária à Saúde nas DCNT • Modelos de intervenção e gestão da clínica focados no paciente • Intervenções educacionais visando fatores comportamentais • Melhoria da qualidade da atenção
Pessoas diagnosticadas DCNT	
Pacientes sob gestão de sua condição	
Pacientes com alta bem sucedida	

Fonte: Banco Mundial, 2011.

Assim os modelos de atenção que podem dar conta das DCNT devem ser construídos especificamente com tal objetivo, pois atualmente já existe consenso global sobre o fato de que não é “qualquer modelo” assistencial que possui alcance suficiente para tanto. Com efeito, são considerados demasiadamente restritos os modelos classicamente desenvolvidos nos sistemas de saúde, voltados fundamentalmente para as condições agudas, ou, no máximo, acutizações dos processos crônicos.

Os modelos inovadores e eficazes de prevenção e controle das DCNT devem levar, ainda em consideração, os diversos ciclos que compõem a vida das pessoas, da etapa intra uterina até a idade avançada. Surgem, daí, oportunidade de intervenção diferenciadas, que variam desde os cuidados pré natais até o controle das doenças que afetam as pessoas mais velhas; da promoção da alimentação saudável ao bem estar nos ambientes de trabalho; da regulação da publicidade de alimentos, bebidas e tabaco até as políticas urbanas voltadas para a segurança pública, a mobilidade e os exercícios físicos.

O quadro a seguir resume tais aspectos.

CICLOS DE VIDA E OPORTUNIDADES DE INTERVENÇÃO NAS DCNT	
Fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição materna • Pré natal regular, principalmente quanto a glicemias e PA
Infância	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementação alimentar saudável em grupos alvo de baixas condições socioeconômicas • Promoção do aleitamento materno
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de nutrição saudável nas escolas • Regulação da publicidade de alimentos • Redução do tempo frente a TV e promoção de exercícios • Proibição de venda de cigarros a menores
Vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de fatores de risco: álcool e tabaco • Desenvolvimento de habilidades no preparo de alimentos saudáveis • Desenvolvimento de programas de bem estar no ambiente de trabalho • Detecção precoce e tratamento: hipertensão, colesterol alto, diabetes
Envelhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de fatores de risco: álcool e tabaco • Promoção de controle mediante formação de grupos de auto ajuda (tabaco e álcool)
Todos os estágios	<ul style="list-style-type: none"> • “Frutas e vegetais cinco vezes ao dia” • “Trinta minutos de exercícios ao dia” • Prevenção do tabaco (ativo e passivo) • Acesso garantido aos cuidados primários em saúde • Mudanças culturais favoráveis às escolhas saudáveis • Promoção da segurança comunitária

Fonte: European Observatory of Health Systems, 2010

A literatura internacional sobre as DCNT coloca em destaque três grandes características dos modelos capazes de produzir efeitos sobre as mesmas, a saber; (a) a ênfase na atenção primária à saúde, não só como porta de entrada do sistema, mas também como instância reguladora do acesso ao mesmo; (b) a

promoção do autocuidado junto aos pacientes, em suas diversas acepções, de empoderamento, de autonomia, de participação nos processos decisórios que lhes digam respeito; (c) a coordenação entre os diversos serviços, a ser regulada pela APS, mas incluindo também os serviços especializados e hospitalares, bem como aqueles que estão fora do setor saúde.

2. MODELOS DE ABORDAGEM DAS DCNT

Oferecer uma resposta para as doenças crônicas é o principal desafio das políticas de saúde do século 21. Desde o ano 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem trabalhando em um marco conceitual inclusivo e integrado que permita redirecionar os atuais sistemas de saúde – ajustados para responder a episódios agudos –, transformando-os em sistemas que contemplem o curso de cada doença ao longo da vida e respondam às necessidades do paciente crônico.

Assim, a escolha daquele organismo internacional recaiu sobre o marco conceitual que orienta, entre outros, o chamado Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) (ou, em inglês, *Chronic Care Model/CCM*) do MacColl Institute for Healthcare Innovation, dos EUA, considerado como um modelo inovador de prevenção, controle e atenção às DCNT. Nas linhas seguintes, uma avaliação da trajetória do modelo é apresentada, ressaltando as lições mais úteis ao contexto atual e revelando que as evidências respaldam a adoção do mesmo para melhorar a qualidade do atendimento e dos resultados de saúde.

O quadro seguinte mostra as principais variáveis envolvidas no MCC:



Fonte: Solinis (s/data)

Neste quadro se pode perceber que tal modelo de cuidados para DCNT se apóia em duas grandes bases, a saber: a comunidade e o sistema de saúde. Entre seus elementos de constituição estão o apoio à auto-gestão; os sistemas logísticos; o sistema de apoio à tomada de decisões e também os sistemas de informação clínica. Como resultados, podem ser previstos: o paciente informado e mobilizado, com as devidas interações produtivas entre estes e a equipe de saúde preparada e proativa.

O modelo MCC não deve ser considerado uma receita mágica de soluções, mas está estruturado como marco multidimensional para focar iniciativas de melhora frente a um problema complexo. Ele se apóia em seis dimensões organizacionais básicas para o fornecimento de cuidados ideais para pacientes crônicos, conforme se mostra no quadro a seguir.

MODELO DE CONTROLE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS (MCC): DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS

1. A organização do sistema de oferta dos cuidados de saúde, estruturada para concentrar sua atenção nos cuidados de doenças crônicas; a liderança torna o aprimoramento desses cuidados uma prioridade.
2. A organização vinculada às agências da comunidade para cuidar dos pacientes crônicos e possui sistemas para encaminhá-los a essas agências.

MODELO DE CONTROLE DE CONDIÇÕES CRÔNICAS (MCC): DIMENSÕES ORGANIZACIONAIS

3. O apoio à auto-gestão dos pacientes: encoraja-se os pacientes a exercerem um papel ativo nos cuidados de sua própria saúde, oferecendo programas que estimulem mudanças no estilo de vida e desenvolvem competências em gestão de doenças.
4. O apoio à tomada de decisão dos médicos: as organizações fornecem aos seus médicos um conjunto de diretrizes (baseadas em evidências) para tratar de pacientes crônicos; integram as diretrizes aos cuidados de pacientes; e fornecem aos médicos de cuidados primários acesso ao expertise de especialistas.
5. O design de sistema de oferta de cuidados: continuidade entre os cuidados primários e os especializados, além de viabilizar visitas médicas não-urgentes a pacientes crônicos.
6. Sistemas de informações clínicas: informação individual e populacional sobre pacientes crônicos, empregadas para dar aos médicos um retorno sobre seu próprio desempenho e lembretes sobre a necessidade de cuidados.

Fonte: Mendes, 2011

As evidências sugerem que a aplicação dos princípios e estratégias operacionais do MCC aos sistemas de cuidados de saúde leva a resultados melhores para os pacientes crônicos.

A proposta da OMS relativa às DCNT se apóia no modelo aqui em foco, mas o desdobra sob a forma um conjunto de elementos essenciais a uma bem-sucedida mudança, no sentido do aprimoramento no atendimento de tais problemas de saúde. Estes elementos são os seguintes:

2.1. APOIO À MUDANÇA DE PARADIGMA

A assistência médica está geralmente estruturada em um modelo de atendimento de casos agudos e episódicos, configurando um modelo que não satisfaz as necessidades de muitos pacientes, se não da maioria, especialmente daqueles que são portadores de condições crônicas. A diminuição no número de casos de doenças transmissíveis e o envelhecimento rápido da população produziram um acirramento das condições crônicas e degenerativas, além de crescente de-

sequilíbrio entre os problemas de saúde prevalentes e o atendimento oferecido pelos sistemas de saúde.

Todos os protagonistas do setor saúde – e principalmente seus líderes – deveriam estar cada vez mais conscientes de que o atendimento eficaz das condições crônicas requer um modelo diferente. Os problemas de saúde mais freqüentes, ou seja, o diabetes, algumas doenças respiratórias, as doenças cardiovasculares e a depressão, na verdade necessitam de contato contínuo, prolongado e regular com o sistema de saúde e não os episódicos atendimentos que costumam ter sucesso nos casos agudos.

2.2. GESTÃO DO AMBIENTE POLÍTICO

A formulação de políticas, o planejamento e a organização dos serviços de saúde ocorrem, obrigatoriamente, em contextos de natureza política. Todos os atores do setor, incluindo políticos, gestores, profissionais de saúde, pacientes, famílias e membros da comunidade, bem como as organizações que os representam, devem, naturalmente ser levados em conta e incorporados nas decisões e consequências relativas ao processo de mudança.

2.3. DESENVOLVIMENTO DO ATENDIMENTO INTEGRADO

A ideia de integração é o núcleo essencial do MCC e seu princípio orientador, em todas as dimensões do sistema. A integração ultrapassa, contudo, a mera articulação dos diversos níveis do sistema de saúde e as diversas interconexões entre o primário, o especializado e o setor social. Não se pode ignorar a importância da lógica de integração também no nível macro de formulação de políticas e também no âmbito micro do trabalho em equipe e da gestão de microsistemas clínicos. O oposto da integração é a fragmentação e a falta de coordenação dos serviços. Esta última constitui um problema grave nos países mais ricos, mas se transforma em verdadeira tragédia nos países de renda média e baixa.

A discussão da integração nos serviços de saúde é hoje bastante pulsante no Brasil, sendo mesmo objeto de importantes ações de cooperação técnica entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, com a denominação oficial de Redes de Atenção à Saúde (RAS). São fortes as evidências internacionais que demonstram os resultados dos serviços de saúde efetivamente integrados sob a forma de redes. São eles: melhor saúde; maior qualidade no atendimento; menor desperdício; menor ineficiência e uma experiência mais satisfatória, tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

2.4. ALINHAMENTO INTERSETORIAL DE POLÍTICAS

É essencial o enfoque intersetorial alinhado e integrado à elaboração, ao desenvolvimento e à implementação de políticas e estratégias que afetam a saúde. Os fatores de risco das condições crônicas estão ligados ao estilo de vida e são sensíveis às intervenções do tipo regulatório, como se viu no quadro mostrado acima, relativo à estratégia HIAP (*“health in all policies”*).

2.5. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dentro do marco proposto, a atuação eficaz dos profissionais de saúde depende das competências e mudanças culturais necessárias para se obter a mudança de paradigma. Assim, os prestadores de assistência médica, o pessoal de saúde pública e os que apóiam as respectivas organizações precisam desenvolver perfis profissionais novos e potencializar capacidades como o trabalho em equipe e a incorporação de novas tecnologias nas rotinas de trabalho e na relação com os pacientes.

2.6. ATENDIMENTO FOCADO NO PACIENTE E EM SEU AMBIENTE FAMILIAR

Como o tratamento das condições crônicas requer a modificação de comportamentos e de estilos de vida cotidianos, é necessário enfatizar a função e a responsabilidade central do paciente e em sua família nos cuidados com a sua saúde. Atualmente, tende-se a relegar o paciente à posição de contratante passivo do atendimento, perdendo a oportunidade de exercer um efeito multiplicador do que ele pode fazer para promover a saúde pessoal. O atendimento para as condições crônicas deve ser reorientado ao paciente e seu ambiente familiar.

2.7. GERAR APOIO PARA O PACIENTE EM SUA COMUNIDADE

O atendimento dos doentes crônicos não pode se limitar aos contatos mais ou menos contínuos com os serviços de saúde, pois os mesmos precisam de apoio no ambiente domiciliar, profissional e comunitário. Nos países de baixa renda, em especial, o envolvimento ativo das comunidades no cuidado dos pacientes representa uma forma de compensar as carências do atendimento formal.

Neste campo se aplica, também e com bastante propriedade, o conceito antes referido de “rede assistencial”, aqui tomada em sentido ainda mais amplo, envolvendo não só o setor saúde como instâncias de outros setores, da comunidade e da iniciativa privada.

2.8. ÊNFASE NA PREVENÇÃO

A maioria das condições crônicas é passível de prevenção. As estratégias para reduzir o surgimento e agravamento de algumas destas condições – como o diabetes, as doenças cardiovasculares, a obesidade e vários tipos de câncer – incluem detecção precoce, aumento da atividade física, redução no consumo de tabaco e uma nutrição saudável. A abordagem preventiva em nível populacional e

individual revela-se eficaz para a modificação de comportamentos não saudáveis e a promoção de bons hábitos.

O Modelo das Condições Crônicas (MCC) representa um território fértil para a investigação, existindo, de fato, muitos estudos, análises sistemáticas e meta análises para avaliar o seu impacto. Alguns pontos de vantagem de tal modelo, a partir de análise abrangente da literatura existente sobre o MCC, podem ser destacados, conforme se vê no quadro a seguir:

O MODELO DE CONTROLE CONDIÇÕES CRÔNICAS (MCC) E SUAS POTENCIALIDADES

- Eficácia. A existência de um ou mais de um dos componentes do MCC melhora os resultados clínicos e os processos de cuidados das condições crônicas, sendo mais sólidas estas evidências para diabetes, insuficiência cardíaca, asma e depressão.
- Custo - benefício. As evidências do impacto econômico do MCC são escassas; relatou-se uma redução de custos para pacientes diabéticos; porém não resta dúvida que a avaliação econômica do MCC é um campo fértil para a investigação.
- Implementação. As estratégias de implementação mais bem-sucedidas se destacam em processos de melhora da qualidade em equipe ou em iniciativas de treinamento orientados à melhora da prática clínica.
- Orientação externa. Experiências internacionais revelam que a orientação externa durante o processo de implementação é determinante.

Fonte: Mendes, 2011

Em suma, o MCC não só tem representando uma referência para diversos projetos de transformação dos sistemas de saúde, como tem a seu favor um robusto corpo de evidências.

3. A FORMAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÀS DCNT

Existe, atualmente, grande consenso internacional a respeito da formação de redes assistenciais, bem como da necessidade do cuidado integral e integrado e da continuidade da referência em saúde, o que pode ser avaliado por uma extensa série de declarações de organismos internacionais diversos, tais como

Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde, Banco Mundial, cúpulas de Ministros da Saúde etc. Esta estratégia tem significativa relevância quando está em foco a prevenção e o controle das DCNT

O conceito de rede assistencial embora seja muito complexo, pode ser destacado de forma compreensiva, mediante duas abordagens consideradas clássicas, mostradas no quadro a seguir:

- “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los personas reciben un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud.” (Organização Mundial de Saúde – OMS, 2007).
- “Uma rede de organizações que presta, ou faz os ajustes para prestar, serviços de saúde de forma contínua e coordenada, a uma população definida, estando, além do mais, disposta a prestar contas de seus resultados clínicos, econômicos e relativos ao estado de saúde da população à qual serve” (SHORTELL, Universidad de Northwestern, USA).

São conceitos que chamam atenção para a responsabilidade com o nível de saúde da população e não apenas com a responsabilidade clínica, colocando também ênfase na qualidade e na eficiência, sendo, por tal razão, utilizados no presente texto.

A literatura internacional aponta, atualmente, numerosos benefícios originados da implantação das redes de atenção em saúde, tais como: melhora de acessibilidade ao sistema; redução do cuidado inapropriado e da fragmentação do cuidado assistencial; melhora da efetividade clínica e dos serviços; minimização da duplicação de infraestrutura e serviços; redução dos custos de produção e de transação; adequação às necessidades e expectativas em saúde das pessoas e das comunidades. Além disso, elas melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, além de aumentarem a satisfação das pessoas usuárias.

Aceita-se, amplamente, que as redes de atenção à saúde se afiguram como solução viável para a crise dos sistemas de saúde, com forte potencialidade de impacto na atual “onda” de DCNT. Acredita-se que as redes assistenciais possibi-

litam a superação da fragmentação e hierarquização rígida para sistemas construídos como arranjos poliárquicos (múltiplos centros de poder), de funcionamento harmônico, prevendo organização de fluxos e contrafluxos em seu interior.

Assim, devem ser percebidas as numerosas e substanciais diferenças entre os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde. O sistema fragmentado é organizado por componentes isolados e por níveis hierárquicos; é orientado para a atenção a condições agudas e voltado para indivíduos; o sujeito é o paciente; o sistema é meramente reativo e coloca ênfase nas ações curativas; o cuidado profissional tem no médico sua figura principal, se não única; a gestão da oferta e o financiamento por procedimentos são predominantes.

O sucesso do processo de integração e formação de redes de atenção em saúde pressupõe o alcance de certos atributos, com a ampliação de marcos anteriormente estabelecidos, conforme se pode apreciar no quadro a seguir.

ATRIBUTOS DAS REDES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

1. Conhecer profundamente, para o processo de integração, a população, suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinarão os serviços a serem ofertados pelo sistema;
2. Possuir uma extensa oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, que tenham condições de oferecer, simultaneamente, serviços de saúde pública, promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamentos oportunos, reabilitação e cuidados paliativos;
3. Estabelecer um primeiro nível de atenção que atue de fato como uma porta de entrada ao sistema de saúde, capaz de integrar e coordenar o cuidado da saúde e resolver a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população (países bem-sucedidos na prestação de serviço de saúde no primeiro nível, no nível da atenção básica, vêm conseguindo resolver 70% de suas demandas);
4. Possuir serviços especializados, localizados em lugares mais apropriados, preferencialmente em ambientes extra-hospitalares, que acompanhem a evolução tecnológica, aspectos comprovados em termos de acesso e custos;
5. Apresentar mecanismos de coordenação assistencial ao longo de toda a continuidade de prestação de serviços;
6. Apresentar o cuidado de saúde centrado na pessoa, família e território, com enfoque menor no indivíduo e na enfermidade, concebendo a pessoa em sua totalidade;
7. Possuir um sistema de governabilidade único em toda a Rede;
8. Introduzir gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico;
9. Possuir recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema;
10. Desenvolver sistema de informação integrado e com mecanismos de integração a todos os municípios;
11. Possuir financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas da Rede, com procedimentos de pagamento interligados aos outros setores;
12. Desenvolver ampla atenção intersetorial.

Fonte: OPAS-Brasil, 2010.

O sistema integrado seria, então, construído pelo estabelecimento de vínculos, o que gera a necessidade de uma governança da rede, de um sistema administrativo e de recursos humanos integrados à concepção de rede. Além

disso, as ofertas devem ser determinadas pelas necessidades coletivas e deve haver participação da comunidade na governança do sistema.

As lições aprendidas em todo o mundo mostram que o processo de integração em saúde é difícil, complexo e de longa duração, requerendo intercâmbios sistêmicos amplos, não pontuais ou isolados. As estruturas clínica, gerencial e de governança do sistema devem se apoiar mutuamente, independente dos investimentos nelas realizado. Deve ficar claro, aliás, que a integração, isoladamente, não representa uma solução infalível para a falta de recursos.

É preciso contribuir para que municípios e regiões, respeitando a própria realidade, avancem no processo de integração, incorporando, em suas agendas políticas não só objetivos claros de integração, mas também um diagnóstico que especifique atores, interesses, resistências e oposições. O desenvolvimento de políticas para a integração deve considerar muitas opções à luz da realidade de cada situação territorial. Nenhuma proposta política está livre de prós e contras e deve ser ajustada à realidade.

Do ponto de vista do processo de integração, podem ser vislumbradas três imagens-objetivo de um sistema de atenção assim constituído, a saber: segmentado, parcialmente integrado e integrado, que por sua vez podem ser comparados em relação a uma série de atributos, conforme mostra o quadro a seguir.

ATRIBUTOS	SISTEMA SEGMENTADO	SISTEMA PARCIALMENTE INTEGRADO	SISTEMA INTEGRADO
População/ Território	Sem população/território	População/território definidos, porém com escassez de conhecimento das necessidades e preferências em saúde	População/território definidos e amplo conhecimento das necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços do sistema

ATRIBUTOS	SISTEMA SEGMENTADO	SISTEMA PARCIALMENTE INTEGRADO	SISTEMA INTEGRADO
Oferta de serviços	Muito limitada e restrita ao primeiro nível de atenção	Ampla oferta de estabelecimentos e serviços, porém com dependência a vários paradigmas organizacionais que funcionam independentemente	Extensa oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, todos baseados em um único paradigma organizacional
Primeiro nível de atenção	Predomínio de programas verticais que funcionam de forma desintegrada	Atua na teoria como porta de entrada ao sistema, porém com baixa capacidade resolutiva	Atua de fato como porta de entrada ao sistema, integra e coordena o cuidado assistencial e resolve a maioria das necessidades de saúde da população
Atenção especializada	Acesso desregulado a especialistas e predomínio da atenção especializada no ambiente hospitalar	Acesso regulado à atenção especializada, porém com predomínio hospitalar	Serviços especializados em lugares apropriados, os quais ocorrem preferencialmente em ambientes extra-hospitalares
Mecanismos de coordenação assistencial	Não há coordenação assistencial	Existem mecanismos de coordenação assistencial, porém não cobrem todo o espectro de serviços	Existem mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o percurso do cuidado em saúde
Tipo de cuidado	Centrado na enfermidade	Centrado no indivíduo	Centrado na pessoa, na família e na comunidade/território
Governança do sistema	Não há função clara de governança	Múltiplas instâncias de governança, que funcionam de forma independente umas das outras. Escassa participação	Sistema de governança único e participativo para todo o SISS
Gestão do sistema	Gestão administrativa débil	Gestão administrativa integrada, porém sem integração aos sistemas de apoio clínico	Gestão integrada de sistemas administrativos e de apoio clínico

ATRIBUTOS	SISTEMA SEGMENTADO	SISTEMA PARCIALMENTE INTEGRADO	SISTEMA INTEGRADO
Recursos humanos	Insuficientes para as necessidades do sistema	Recursos humanos suficientes, porém com deficiências de competência técnica e de compromisso com o sistema	Recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema
Sistema de informação	Não há sistema de informação	Múltiplos sistemas que não se comunicam entre si	Sistema de informação integrado e que se vincula a todos os membros do SISS
Financiamento/ Incentivos	Insuficiente e descontínuo	Financiamento adequado, porém com incentivos financeiros não alienados	Financiamento adequado e incentivos financeiros atrelados às metas do sistema como um todo
Vínculo com outros setores	Não há vínculos com outros setores	Existem vínculos com outros setores sociais	Ação intersetorial ampla

Fonte: Mendes, 2011

4. AS POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS DCNT

As condições crônicas são a principal causa de doença, morte e incapacidade em todo o mundo, independente da renda e das características sociais e culturais dos países. Cuidar de toda essa legião de enfermos e incapacitados pode absorver até três quartos dos gastos nacionais anuais com cuidados de saúde, como já acontece nos EUA e outros países industrializados. Apesar disso, mesmo ali, muitos pacientes crônicos não recebem os cuidados médicos apropriados.

Mais e mais estudos defendem que uma forma eficiente de atender às necessidades dos doentes crônicos é incrementar e aprimorar a oferta da atenção primária à saúde (APS), afirmando também que dificilmente se pode alcançar cuidados de qualidade para doenças crônicas em cenários de cuidados primários quando o sistema está focado em tratar apenas de doenças agudas. Acredita-se que os cuidados de DCNT poderiam ser aprimorados se os sistemas de oferta

tivessem ênfase em cuidados primários, priorizando a abrangência dos cuidados e o estado geral de saúde do paciente.

No nível organizacional, entretanto, a ligação entre a maior ênfase em cuidados de saúde primários e melhores cuidados de doenças crônicas ainda carece de estudos que a esclareçam e ofereçam conclusões seguras sobre a relação empírica entre os principais conceitos teóricos dos cuidados de saúde primários e os modelos de qualidade para cuidados de doenças crônicas.

O enfoque da APS como base de um sistema de atenção à saúde vem pautando o debate sobre sistemas de saúde, principalmente na perspectiva universalizada, em diferentes países do mundo. Onde isso está em vigor tornou-se possível constatar o alcance de melhores indicadores de saúde, com menores custos e maior satisfação aos usuários. Evidências globais indicam que países com tal característica em seu sistema de saúde apresentam também melhores índices de crianças com baixo peso ao nascer; de mortalidade infantil, especialmente a pós-neonatal; de mortalidade precoce devido a suicídio; de expectativa de vida, bem como em relação a algumas DCNT, afetando positivamente a mortalidade por doença cardíaca e a detecção precoce de cânceres.

O modelo brasileiro de APS, configurada na estratégia de Saúde da Família (ESF), representa um novo enfoque de atenção, ao voltar-se, sob o aspecto da territorialidade, ao atendimento de casos agudos, crônicos, de vigilância e de promoção da saúde e ao caracterizar-se como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e como filtro eficiente para utilização adequada das tecnologias disponíveis na rede de serviços de saúde. Além disso, busca coordenar o cuidado dos usuários na rede, apoiando e seguindo-os no sistema e exercendo sempre a referência principal ao acompanhá-los longitudinalmente ao longo do tempo.

Os cuidados de saúde primários estão centrados na saúde geral e na prevenção, e contrastam com os modelos de cuidados médicos que enfatizam apenas o diagnóstico e a cura de doenças, de modo geral, agudas. O modelo de cuidados de saúde primários se baseia nos cinco princípios mostrados no quadro a seguir.

A APS E SEUS PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

1. Primeiro contato: Os médicos de cuidados primários deveriam ser o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde para qualquer problema, e a janela para obter a atenção de especialistas.
2. Continuidade/longitudinalidade: A relação entre o médico de cuidados primários e o paciente deveria ser de longa duração e consistente ao longo do tempo.
3. Abrangência: Os cuidados primários deveriam fornecer uma ampla gama de serviços de cuidados preventivos e de tratamento agudo para atender às muitas necessidades médicas dos pacientes.
4. Coordenação: Os sistemas de cuidados primários deveriam ser capazes de coordenar os cuidados por vários médicos, idealmente empregando sistemas de informação eletrônicos.
5. Responsabilidade: Os médicos de cuidados primários deveriam ser responsabilizados pela saúde geral e pelos resultados médicos dos pacientes.

Fonte, Starfield, 2002

Tais atributos, únicos da APS, são complementados por características que deles derivam: orientação familiar, abordagem comunitária e competência cultural. Tal conjunto de elementos é que confere aos sistemas de saúde que dispõem de uma APS fortalecida e, além disso, dotada de papéis de regulação da porta de entrada e dos fluxos dentro de tal sistema, uma melhor performance de resultados quando se analisa seu desempenho em termos de prevenção e controle da DCNT

Estudos sobre os princípios dos cuidados de saúde primários reiteram que os sistemas de saúde que estão pautados por eles conseguem ofertar aos pacientes cuidados de melhor qualidade e de boa relação custo-benefício. O MCC e esses princípios foram desenvolvidos separadamente – mas similaridades entre eles sugerem que as organizações que aplicam os conceitos de APS podem estar também comprometidos com o MCC.

Assim, de especial interesse para as DCNT, a integralidade dos cuidados, em cuja base está a APS, deve ser colocada em pauta, o que abrange as dimensões de: (a) abarcar aspectos biopsicossociais e culturais da população; (b) oferecer o que é necessário em termos de serviços, seja como demanda espontânea ou programada; (c) desenvolver ações individuais e coletivas em promoção, pre-

venção, tratamento e recuperação da saúde; (d) promover ações integrativas internas e intersetoriais.

Outro dos desafios centrais é relativo ao atributo da *coordenação*, que pode ser tomado como verdadeiro princípio estruturante do processo de transformação de meros serviços isolados em verdadeiros sistemas baseados na APS. Neste aspecto, tem importância central a construção de adequadas estratégias e ferramentas de gestão, dentro dos seguintes pressupostos: (a) estabelecimento de regras e mecanismos de adscrição e registro da população; (b) delineamento dos sistemas de informação para o registro; (c) definição das estratégias e mecanismos de integração da APS/serviços com outros pontos da rede; (d) fomento a mecanismos de interação e comunicação entre os profissionais na rede; (e) levantamento da trajetória do usuário na rede de serviços; (f) identificação das listas de espera; (g) delimitação dos limites da resolutividade da APS/serviços; (h) proposição de estratégias para melhorar a qualidade clínica.

Estudos de demandas em ambulatórios gerais demonstram que, embora seja ampla a variedade dos problemas de saúde, compreendendo diversas naturezas, mais da metade das consultas realizadas na APS correspondem a um total de não mais do que 30 diagnósticos, entre os quais boa parte são representados por doenças crônicas ou, no máximo, acutizações das mesmas. Tal situação sugere que o manejo adequado dos problemas mais frequentes permitirá a resolução de mais da metade da demanda clínica em APS. Neste grupo encontram-se problemas e condições revestidos de grande complexidade, que exigirão intervenções sobre indivíduos, famílias e grupos sociais, demandando elementos cognitivo-tecnológicos de diferentes disciplinas, tais como sociologia, antropologia, psicologia, e, sobretudo, educação.

De especial interesse para o atendimento às DCNT é que se denomina de atenção compartilhada (*shared care*), na qual se deve estabelecer não só o momento adequado de encaminhamento do paciente, bem como os exames, procedimentos e as demais informações necessárias a serem fornecidas aos especialistas. Várias modalidades de transferência de tais informações podem ser utilizadas, como: correio eletrônico, rede informatizada, telemedicina, registro

de dados em papel, reuniões conjuntas, presença de consultores externos, ou mesmo intercâmbios informais.

Paralelamente, algumas ações devem ser realizadas para facilitar o processo de transmissão da informação, como, por exemplo: elaboração de lista de problemas; registro informatizado dos procedimentos indicados e das dietas prescritas; elaboração de lista de fármacos; presença de apoiadores etc. Deve-se ter em mente que a função de coordenação depende do processo de comunicação e do adequado manejo dos pacientes.

5. OS MODELOS DE GESTÃO DA CLÍNICA E AS DCNT

Os modelos de gestão da clínica (GC), conhecidos internacionalmente como DMP (*Disease Management Procedures*) se caracterizam pelo foco na integralidade do cuidado e no estabelecimento de metas e estimativas de necessidades populacionais, estratificando os pacientes através de linhas de cuidado específicas por estratos multidimensionais, a serem conduzidas por equipes multidisciplinares.

É forte também a ênfase na mudança comportamental, com oferta diferenciada de serviços com vistas à integralidade, tais como reabilitação cardiovascular, atendimento ao pé do diabético, internação domiciliar, cuidados paliativos domiciliares e telemonitoramento. Ele deve ser necessariamente apoiado por sistemas de gerenciamento de cuidados e de avaliação de resultados, com indicadores focalizados na qualidade de vida.

Os elementos essenciais de tais modelos, compartilhados, aliás, com a APS, são a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade (continuidade) dos cuidados. Mobilizam-se, assim, recursos e unidades da rede de serviços de saúde para o exercício de condutas baseadas no melhor conhecimento científico, sendo sempre a integralidade um elemento central.

Além disso, apresenta a particularidade de atuar mais intensivamente nos intervalos entre consultas e atendimentos de pronto atendimento, almejando

preencher as lacunas de cuidado existentes, ampliando as poucas horas/ano costumeiramente usufruídas pelos pacientes perante seus médicos para muito mais do que isso, em termos de atenção e autocuidado.

As DCNT representam o principal objeto da GC, dado o fato de que, nestes, as doenças devem ser gerenciadas através do atendimento ambulatorial, sempre realizado por uma equipe multidisciplinar e compreendendo a execução de atividades em grupos operativos, palestras, exercícios físicos e práticas de reabilitação.

Associam-se a isso, as ações domiciliares que comportam serviço com monitoramento e treinamento do cuidador. Para tanto, a população deve ser estratificada por gravidade, tendo por base os fundamentos do gerenciamento de doenças crônicas, de acordo com protocolos definidos por patologias. São empregadas, adicionalmente, algumas metodologias, tais como aplicação de questionários, realização de exames físicos, encaminhamento ambulatorial oportuno, bem como instruções ao paciente quanto à autopercepção de risco, qualidade de vida e de funções corporais.

Aspectos associados, ligados ao ambiente domiciliar são: a internação domiciliar como substituta da atenção hospitalar, a ventilação mecânica, a fototerapia, bem como o telemonitoramento, que garante a continuidade e a longitudinalidade da prestação de serviço. Também são preconizadas ações de atenção cardiovascular, materno-infantil e prevenção do câncer.

Para cada estrato de risco e gravidade, são dispostos um conjunto de intervenções, subdivididas em fases distintas de capacitação e manutenção. Na fase de capacitação, o paciente, de forma individualizada, recebe de uma equipe de apoio orientações para o autocuidado e é monitorado. Nessa fase, o paciente tem acesso a entrevistas motivacionais, grupos operativos, oficinas para desenvolvimento de habilidades, palestras, programas de atividade física, mediante avaliação do aprendizado respectivo.

Na fase de manutenção as intervenções são menos frequentes, mas a ação de monitoramento é intensificada, através de consultas, exames laboratoriais,

interconsultas, monitoramento telefônico, reavaliações individuais, exame físico. Deve-se salientar que o modelo preconiza a mudanças no estilo de vida dos pacientes inscritos, pelo alto impacto na qualidade de vida de tal estratégia. Para tanto, existem questionários de identificação dos hábitos de vida do indivíduo e de sua motivação para alterá-los em prol de sua saúde, assim como ações a serem adotadas quando os pacientes manifestam motivação para a melhoria da sua qualidade de vida.

A gestão da clínica deve ser planejada em termos de serviços a serem oferecidos aos usuários de cada unidade ou região, com a respectiva estimativa de demanda em bases populacionais, como se pode notar no quadro a seguir, dado como exemplo, pois pode haver variações compatíveis com a realidade de cada local.

TIPO DE SERVIÇO OFERECIDO / BASE POPULACIONAL	
Serviço de atenção domiciliar, incluindo gerenciamento de casos – pacientes dependentes, acamados e com dificuldade de locomoção, que normalmente não conseguem, por si mesmos, acesso aos serviços de saúde	0,15 a 1% da população geral
Gerenciamento de doenças – doenças crônicas mais graves, múltiplas internações e visitas a prontos-socorros – alto nível de necessidade.	5% da população
Serviço de reabilitação cardiovascular – pacientes que já apresentaram eventos cardiovasculares prévios ou atualmente apresentam angina ou insuficiência cardíaca	0,1 a 1% da população geral;
Serviço de reabilitação respiratória – pacientes pneumopatas graves, por doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema ou asma:	0,23% da população geral
Serviço de atendimento do pé do diabético – diabéticos com classificação como de “pés de risco aumentado” ou de “alto risco”	1,44% da população geral
Telemonitoramento-call center assistencial – inclui todas as populações que se beneficiam do acompanhamento telefônico	10% da população geral

Fonte: Mendes, 2011

Há resultados e impactos da gestão da clínica amplamente divulgados na literatura e, entre eles, podem ser apontados: o incremento da participação dos pacientes, a redução no número de consultas de pronto socorro e de internações, bem como a diminuição dos custos assistenciais. Somam-se a isso os ganhos em indicadores de saúde demonstrados por análises estatísticas e epidemiológicas.

Aspecto adicional mais intensivamente praticado no setor privado, mas recentemente também no público (no SUS de Curitiba, por exemplo) é a diferenciação de honorários, seja dos médicos seja da equipe de saúde como um todo, baseada no alcance de metas clínicas pré-estabelecidas. Isso tem especial relevância nas DCNT, nas quais tais metas podem ser bastante claras, como, por exemplo, redução de internações por AVC, redução de complicações de diabetes, atendimentos de crises hipertensivas etc.

Para tanto, devem ser desenvolvidos e implantados sistemas de informação que identificam e estratificam os pacientes, municiando os instrumentos de avaliação, permitindo, assim, a modelagem do programa de atendimento e o monitoramento das atividades planejadas, fornecendo adicionalmente análises de resultados, inclusive clínicos dos pacientes, com enfoque longitudinal.

6. OS SERVIÇOS DE TELEASSISTÊNCIA E AS DCNT

Desde o início da década de 1990, os sistemas de teleassistência, ou seja, tecnologias de informação e comunicação que ligam as pessoas (geralmente em casa) a serviços de saúde e assistência social, têm sido oferecidos, em vários países do mundo, como solução tecnológica aos problemas de equidade e de acesso a cuidados, e como uma forma de apoiar os auto-cuidados na comunidade. A presente abordagem não inclui o que no Brasil se denomina Telessaúde, que é um sistema de atendimento basicamente voltado, pelo menos em seu atual estágio, prioritariamente para um público alvo de médicos e outros membros das equipes de saúde, mas também bastante importante no controle das DCNT.

Tais sistemas são atraentes para as instituições públicas e privadas de saúde porque permitem que as pessoas com doenças de longo prazo sejam monitoradas remotamente, ou que monitorem a si mesmas, em casa. Assim, tais sistemas estão focados, principalmente, na prestação de bons serviços para doentes crônicos. Análises sistemáticas dos mesmos, presentes na literatura internacional, revelam que eles podem ser eficientemente usados para tal finalidade.

Um importante objetivo destes sistemas tem sido o monitoramento remoto de sintomas, para a advertência precoce de eventos agravantes ou deterioração, bem como para evitar a internação em hospitais. Da mesma forma, sistemas mais genéricos, voltados para a segurança de pessoas idosas e frágeis também têm sido oferecidos como resposta à crescente demanda dessas pessoas sobre os serviços de saúde e de assistência social, além de ajudar a controlar os custos dos serviços. Em princípio, tais sistemas possuem foco no autocuidado e no acompanhamento de sintomas e sinais, além da assistência social.

Não faltam evidências de que os sistemas de teleassistência são eficazes para dar apoio aos idosos em casa; para evitar ou adiar o início de cuidados domésticos; e para monitorar condições para a prevenção secundária, embora as evidências globais nem sempre sejam tão inequívocas, sendo sua interpretação influenciada por muitos fatores. Além disso, é preciso compreender como esses sistemas reconfiguram práticas e relacionamentos preexistentes, cabendo ainda algum esforço no sentido de se poder traduzir os resultados experimentais em práticas.

Algumas dimensões devem ser cogitadas quando se trata de sistemas de teleassistência. A primeira delas é de identificar e compreender os fatores que promovem ou inibem a implementação dos mesmos para a gestão de doenças crônicas na comunidade, com relação a alguns grupos de protagonistas, a saber: pacientes e cuidadores; gestores e profissionais de saúde; fabricantes e prestadores de sistemas de tele-assistência. A segunda pressupõe que, na verdade, tais sistemas devem ser entendidos, também, de forma integrada, com suas diversas fronteiras entre a ação dos setores privado, público e doméstico.

Estudos internacionais demonstram que os serviços de tele-assistência podem ser uma forma segura e de boa relação custo-benefício para oferecer cuidados a pessoas que vivem com doenças crônicas. Existem preocupações quanto a desigualdade de seu alcance e a lentidão em sua implementação, que derivam de uma compreensão ainda incompleta sobre o papel dos mesmos e de incertezas quanto à melhor forma de desenvolver, coordenar e manter os serviços que auxiliam na gestão de doenças crônicas.

Os referidos estudos recomendam, entre outras ações, que algumas intervenções são necessárias para reduzir a incerteza sobre o domínio dos processos de implementação e conectar agências de saúde e de assistência social, bem como para garantir modelos de cuidados efetivamente centrados nos usuários, não nos prestadores de serviços.

Como síntese final, podem ser arrolados determinados benefícios sobre outras condições, derivados direta ou indiretamente do controle adequado das DCNT, conforme se mostra no quadro a seguir.

“BENEFÍCIOS COMPARTILHADOS” NO CONTROLE DAS DCNT

SAÚDE

- Redução de cegueira, amputações e outras complicações da diabetes
- Redução da cárie dentária
- Redução da violência doméstica
- Melhor controle de doenças transmissíveis (ex. tuberculose)
- Melhor controle de causas externas, principalmente acidentes de trânsito
- Redução da mortalidade materna e infantil
- Redução das lesões renais por hipertensão

OUTROS

- Redução da emissão de carbono e do efeito estufa, além de outros efeitos da poluição atmosférica
- Ajuda no controle da pobreza
- Melhoria de: ambientes construídos, crescimento econômico, produtividade, produção local de alimentos, interações sociais etc.

Fonte: www.thelancet.com (April, 6, 2011)

AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO- TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: SITUAÇÃO ATUAL E RESPOSTAS DO SISTEMA DE SAÚDE

SUMÁRIO

No Brasil, as DCNT correspondem atualmente a, pelo menos, dois terços de todas as causas de morte, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e o câncer. Isso corresponde a um forte impacto socioeconômico comprometendo o desenvolvimento da Nação, o que pode ser avaliado por dificuldades no alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) da ONU no país, aí se incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana.

Os custos das DCNT, considerando que seu curso é prolongado, não só onera os pacientes como suas famílias e o próprio SUS. Os gastos individuais e familiares reduzem o acesso a outras necessidades básicas, tais como alimentos mais saudáveis, moradia e educação, bem como na formação da poupança individual e familiar, com amplos reflexos no desenvolvimento social. Diabetes, doenças do coração e acidentes vasculares cerebrais acarretarão, sozinhas, perdas na economia brasileira da ordem de mais de quatro 4,18 bilhões de dólares nos próximos anos.

O declínio das DCNT registrado no Brasil certamente representa um avanço possibilitado por toda uma era de grande expansão do acesso da população aos serviços de saúde, bem como de incontestável redução do tabagismo. Apesar disso, o desafio de o país alcançar as metas propostas pela OMS é muito grande, particularmente na questão da obesidade, que assumiu nos últimos anos características de se constituir como verdadeira epidemia no país.

São apresentadas ao longo do texto, algumas estratégias brasileiras em política de saúde, como foco direto ou indireto no controle das DCNT, entre elas se destacando os mecanismos de pactuação de metas entre os gestores das três esferas de governo, previstos, por exemplo, no Pacto pela Saúde, de 2006 e confirmados e ampliados em documentos recentes emanados do Ministério da Saúde, como o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS). Além disso, apresenta-se uma síntese do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), iniciativa do Ministério da Saúde, ainda em fase de construção, voltada para definir e priorizar ações e investimentos para o enfrentamento das DCNT.

1. O IMPACTO DAS DCNT NO BRASIL

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente apontadas como responsáveis por mais de 60% dos óbitos ocorridos no mundo. Cerca de 80% dessas mortes ocorreram em países de baixa ou média renda e nestes em torno de 30% das mortes por DCNT ocorreram em pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países de renda mais alta esse índice não passou de 13%. No Brasil, as DCNT correspondem atualmente a, pelo menos, dois terços de todas as causas de morte, com destaque para as doenças do aparelho circulatório e o câncer.

O tratamento para as DCNT é geralmente de curso prolongado, onerando os pacientes e suas famílias, além do sistema de saúde. Os gastos familiares reduzem a disponibilidade de consumo relativo a outras necessidades básicas, como alimentos mais saudáveis, moradia e educação. Ressalte-se, também, a enorme perda social representada pela redução da poupança, com reflexos negativos até mesmo no investimento nacional. A perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral), estima-se, acarretarão perdas na economia brasileira da ordem de mais de quatro 4,18 bilhões de dólares nos próximos anos.

Todo esse forte impacto socioeconômico provocado pelas DCNT compromete o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) da ONU, aí se incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana.

Apesar do forte impacto das DCNT, em termos sociais e econômicos no Brasil, ao longo das duas últimas décadas ocorreu no país diminuição de 26% na taxa de mortalidade por tais condições, ou seja, uma redução média de 1,4% ao ano, ampliando para 1,6% nos últimos dez anos. Tal declínio afetou tanto homens como mulheres e foi observado em todas as regiões do país. Especificamente, a mortalidade por doenças cardiovasculares reduziu-se em 41% (2,2% ao ano) e por doenças respiratórias, em 23% (2,8% ao ano). Em relação ao câncer houve

certa estabilidade das taxas no mesmo período e no diabetes houve aumento de 24% entre 1991 e 2000, seguido por um declínio de 8% entre 2000 e 2009, por razões ainda não totalmente esclarecidas.

A Região Nordeste apresentou sempre as mais altas taxas de DCNT, seguida pela Região Norte. Já o Centro-Oeste apresentou sempre as taxas mais baixas, tendo o Sudeste alcançado, a partir de 2009, patamar semelhante. Estas diferenças regionais nas taxas de mortalidade por DCNT vêm se atenuando ao longo dos anos mais recentes.

O declínio das DCNT no Brasil hoje se aproxima do percentual de 2% ao ano recomendado pela OMS, baseado na realidade da mortalidade em alguns países de alta renda. É digno de nota, também, o fato de que o mesmo foi observado tanto em homens como em mulheres e em todas as regiões brasileiras.

A OMS tem chamado atenção dos países para o fato de que a maior carga da mortalidade global pelas DCNT se concentrava naqueles de renda média ou baixa, ao contrário do esperado anteriormente. Isso fica evidente também no Brasil, quando as taxas de mortalidade são padronizadas por idade e calculadas de maneira a contornar o sub-registro e as causas mal definidas de óbito, possibilitando, assim, desvendar um cenário semelhante de desigualdade na distribuição das DCNT no Brasil, com as regiões Norte e Nordeste apresentando taxas de mortalidade maiores do que as demais regiões.

O declínio das DCNT registrado no Brasil certamente representa um avanço possibilitado por toda uma era de grande expansão do acesso da população aos serviços de saúde, bem como de incontestável redução do tabagismo. Apesar disso, o desafio de o país alcançar as metas propostas pela OMS é muito grande, particularmente na questão da obesidade, que assumiu nos últimos anos características de se constituir como verdadeira epidemia no país.

2. RESPOSTAS DO SISTEMA DE SAÚDE ÀS DCNT NO BRASIL

O SUS, sistema público de saúde brasileiro, tem se voltado para a consolidação das ações de vigilância e de promoção de saúde, de forma coerente com as determinações da OMS, particularmente no decorrer da última década. Assim, por exemplo, o Brasil tem aderido a várias das resoluções que fazem parte da estratégia global capitaneada pela OMS, como a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, de 2003, bem como as estratégias globais sobre dieta, atividade física e saúde (2004); de redução do uso nocivo do álcool (2010); de prevenção e controle das doenças não-transmissíveis (2008).

Como decorrência de tal adesão, já em 2005, a Ministério da Saúde, editou um plano de ação de vigilância das DCNT para o período de 2005 a 2008, mediante pactuação com os estados e municípios. Tal plano tem sido um fator importante para a organização e estruturação de tal área, não só no MS, como nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Na sequência, em 2008, foram publicadas diretrizes e recomendações para o cuidado integral nas DCNT, com conteúdos de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência, integrando diferentes áreas do Ministério da Saúde.

Em sintonia com os esforços globais, presentemente (2011) o Ministério da Saúde do Brasil está elaborando, com o apoio de pesquisadores e representantes de sociedades científicas nacionais, um plano abrangente de enfrentamento das DCNT. Nele, estarão integradas as ações do setor saúde e de outros setores, representando, assim, uma oportunidade destacada para que se priorize, de fato, o controle efetivo dessas doenças.

Em termos globais, a referida reunião da ONU pode assegurar, por parte dos chefes de Estado, o comprometimento em aumentar de forma significativa os recursos para enfrentar a crescente carga global das DCNT, bem como na implementação de uma estratégia global para a prevenção e controle das mesmas, além de incluí-las como parte da agenda global de desenvolvimento social e econômico.

2.1. O PROCESSO DE PACTUAÇÃO DE INDICADORES ENTRE AS ESFERAS DE GESTÃO

A evolução do SUS trouxe uma mudança histórica ao processo de formulação da política de saúde no Brasil, qual seja a substituição das tradicionais normas federais “duras”, baixadas em Brasília para serem simplesmente acatadas pelas demais esferas de governo, pelo processo de pactuação negociada entre as esferas. Isso se inaugura em meados da década de 90 e vem experimentando sucessivos progressos desde então, tendo como referências principais a edição da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a emissão do Pacto da Atenção Básica, dois anos depois e, ao longo da década seguinte, a emissão do Pacto pela Saúde, em 2006.

Em toda essa sequência de eventos, o marco diferencial é a criação de compromissos (“pactuação”), entre as três esferas de governo, no sentido das ações sanitárias referenciadas por indicadores e também o aprimoramento das situações indicadas pelos mesmos ao longo de períodos de tempo pré determinados.

2.2. O PACTO PELA SAÚDE

Em 2006 o Ministério da Saúde, após amplas discussões com os gestores e parceiros das demais esferas de governo, promulgou, através de portaria, o conjunto de definições da política de saúde que passou a ser conhecido como Pacto pela Saúde, abrangendo um conjunto de prioridades articuladas e integradas com três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Na presente discussão, o que interessa de perto é o Pacto pela Vida, traduzido oficialmente como um “conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três gestores”.

Suas características foram definidas como as de reforçar, no âmbito do SUS, o movimento de uma gestão pública com foco em resultados, bem como de

representar a expressão de prioridades sanitárias em termos de metas municipais, regionais, estaduais e nacionais, inseridas em um compromisso formalizado de gestão (TCG).

O Pacto pela Vida estipula uma série de prioridades, várias delas associadas ao problema das DCNT, conforme mostrado no quadro seguinte.

1. Fortalecimento da Atenção Básica
2. Atenção à Saúde do Idoso
3. Promoção da Saúde
4. Controle do câncer de colo de útero e de mama
5. Redução da mortalidade infantil e materna
6. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids
7. Saúde do Trabalhador
8. Saúde Mental
9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência
11. Saúde do homem

O quadro a seguir mostra alguns das prioridades relativas às DCNT, a serem acompanhadas por indicadores, estipuladas no Pacto pela Saúde:

PACTO PELA VIDA: PRIORIDADES E OBJETIVOS RELATIVOS ÀS DCNT
<p>Atenção à saúde do idoso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
<p>Controle do câncer de colo de útero e de mama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero visando alcançar uma cobertura de 80% da população alvo. • Tratar/seguir as lesões precursoras do câncer do colo do útero no nível ambulatorial. • Ampliar a oferta de mamografia visando alcançar uma cobertura de 60% da população alvo.
<p>Promoção da saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir os níveis de sedentarismo na população. • Reduzir a prevalência do tabagismo no país.
<p>Fortalecimento da atenção básica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a cobertura populacional da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família. • Ampliar o acesso à consulta pré-natal. • Reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no âmbito do SUS.

2.3. O DECRETO LEI 7508/2011

Mais recentemente, em 2011, isso se amplia e ganha novas dimensões, com o Decreto Lei 7508, que regulamenta, depois de 20 anos, a Lei 8080/90, tendo como desdobramentos o Contrato Organizativo da Ação Pública em saúde (COAP) e a elaboração do Índice de Qualidade do SUS (IDSUS).

De interesse imediato para a questão das DCNT, o Decreto Lei 7508/2011 estabelece alguns conceitos importantes, a saber; (a) definição das portas de entrada do usuário no SUS, de forma a organizar os fluxos e evitar que pacientes mais graves sejam submetidos a demora desnecessária em seu atendimento; (b) estabelecimento do “Mapa da Saúde”, contendo a descrição da distribuição de recursos humanos e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, clareando, assim, o percurso que os pacientes devem fazer no sistema, beneficiando diretamente os portadores de DCNT; (c) ênfase na

constituição de redes ou conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência; (d) previsão de serviços de acesso aberto, voltados para o atendimento de pacientes que necessitem de atendimento especial; (e) foco em instrumentos de gestão da clínica, tais como protocolos e diretrizes terapêuticas, com definição de critérios para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e verificação de resultados terapêuticos.

O DL 7508 estabelece, também, a formatação de uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a ser organizada e atualizada periodicamente pelo Ministério da Saúde, na qual estarão discriminados todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Consequência imediata da RENASES é que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da mesma, podendo também adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, respeitadas as responsabilidades pelo financiamento respectivo.

2.4. O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE – COAP

Aspecto relevante do DL 7508, de interesse direto para a prevenção e o controle das DCNT, é o chamado Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, a ser firmado de forma colaborativa entre os entes federativos para a organização da rede de atenção à saúde, com a finalidade principal de garantir a integralidade da assistência aos usuários, mediante, mais uma vez, processos de pactuação e negociação entre os gestores.

Na elaboração do COAP está previsto que serão definidas as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, aí incluídos: indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros alocados, bem como modalidades de controle e fiscalização

previstos. O ponto chave de tal dispositivo é a elaboração dos indicadores de saúde e a garantia de acesso, cabendo ao Ministério da Saúde definir tais elementos, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde. Assim, o desempenho a ser aferido a partir de tais indicadores servirá como parâmetro para avaliação da prestação das ações e dos serviços definidos no COAP, sem deixar de lado as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Além disso, no COAP serão identificadas, em âmbito regional e inter-regional, as necessidades de saúde; a oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde; as responsabilidades assumidas pelos entes federativos; os já referidos indicadores e metas de saúde; os critérios de avaliação dos resultados e o monitoramento permanente, entre outros aspectos.

2.5. O ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS (IDSUS)

Entre as inovações recentes introduzidas na política de saúde no Brasil, com especial reflexo na prevenção e controle das DCNT, estão, como visto acima, as definições mais formalizadas relativas às responsabilidades dos entes federativos, a garantia de acesso, o monitoramento e o planejamento e avaliação das ações de saúde mediante a utilização de indicadores.

Na questão dos indicadores, surge também uma nova proposta, qual seja a de categorização e qualificação das políticas e das práticas de saúde exercidas pelos gestores mediante um índice de acompanhamento e comparação, o IDSUS, considerado como um “indicador síntese”, voltado para a aferição contextualizada do desempenho do SUS, tendo como focos o acesso (potencial ou obtido) e a efetividade das diversas modalidades assistenciais.

Assim, a partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o impacto do sistema saúde no atendimento às pessoas residentes em cada unidade federativa, nas regiões de saúde e em todo o país. O IDSUS procura realizar uma análise comparativa das diversas situações, mediante atribuição de notas quantitativas, mas para não cometer injustiças o

faz utilizando uma metodologia de formação de grupos homogêneos, mediante os quais se torna possível traçar um paralelo comparativo.

O modelo de avaliação desenvolvido através do IDSUS é mostrado no quadro seguinte.

MODELO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SUS		
DIMENSÕES PARA CARACTERIZAR OS MUNICÍPIOS		RESULTADOS
Determinantes da Saúde	Indicadores	Municípios segundo extratos homogêneos
Condições de Saúde da População	Indicadores	
Estrutura do Sistema de Saúde	Indicadores	
Porte Populacional		
DESEMPENHO DO SUS EM CADA MUNICÍPIO		
Indicadores de:	Nível de Atenção:	Por área:
Acesso Potencial ou Obtido • Cobertura	• Atenção básica ou primária • Atenção especializada realizada no município e na referência regional • Atenção ambulatorial geral e especializada • Atenção hospitalar geral e especializada • Urgência e Emergência	• Saúde do adulto • Saúde bucal • Saúde da criança • Saúde da mulher
Efetividade • Resultados esperados		
FORMA COMO OS RESULTADOS SERÃO MOSTRADOS:		
– Nota do desempenho geral do SUS no município, nas regiões de saúde, estados e união –		
Fonte: CGMA/Demas/SE/MS, 2011.		

De interesse especial para as DCNT, o IDSUS estabelece variados indicadores para serem monitorados, dentro de uma lista extensiva de 24 itens. Entre estes, podem ser destacados os seguintes:

1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde.
2. Proporção de internações de alta e média complexidade, realizadas para residentes e não residentes

3. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade, para residentes e não residentes
4. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
5. Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB).
6. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
7. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.
8. Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária.

3. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011-2022

3.1. FUNDAMENTOS

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para o período 2011-2022, representa uma iniciativa do Ministério da Saúde, ainda em fase de construção mediante consulta pública, voltada para definir e priorizar ações e investimentos para o enfrentamento das DCNT. Seu principal objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para os portadores de condições crônicas.

Este Plano Estratégico foi elaborado em parceria entre diferentes áreas do Ministério da Saúde, outros Ministérios, Sociedades Médicas, Instituições Acadê-

micas, ONGs. O plano será finalizado após consulta ampliada, além de submetido a aprovação do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite. Um Fórum Nacional foi realizado no segundo semestre de 2011, para apresentação do referido Plano, do qual derivou uma Declaração Brasileira para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em sintonia com as metas da OMS.

Os seguintes pressupostos subsidiaram a feitura do referido Plano:

- I. O real impacto das DCNT no Brasil, traduzido por elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza.
- II. A enorme magnitude das DCNT, que respondem por cerca de 70% das mortes no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares (30%) e o câncer (15,6%), atingindo principalmente a população de baixas escolaridade e renda, além de grupos vulneráveis como os idosos.
- III. Os fatores de risco evitáveis nas DCNT, como o sobrepeso e a obesidade, resultantes da falta de uma alimentação saudável e da inatividade física, bem como do tabagismo e do consumo nocivo de álcool, cuja redução e controle demonstram um efeito substantivo na redução de mortes prematuras e de incapacidades decorrentes de várias dessas doenças.
- IV. Os crescentes custos da atenção nas DCNT, que ameaçam a sustentabilidade dos sistemas de saúde e as próprias economias dos países.
- V. A presença de significativas diferenças regionais, de gênero, entre grupos étnico-raciais, ciclos de vida e de estrato socioeconômico na distribuição da carga das DCNT, bem como no acesso à sua prevenção e controle, com evidente prejuízo das pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, configurando uma situação de marcante iniquidade em saúde que necessita ser superada.
- VI. A necessidade imperativa de que os interesses da saúde da população brasileira devem prevalecer sobre quaisquer outros na adoção de medidas para reduzir a carga de morbidade e mortalidade produzida pelas DCNT.

Nestes termos, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil para o período 2011-2022 aborda as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas

e o diabetes, além dos respectivos fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), tendo como objetivo maior: “Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas”.

Um quadro de metas nacionais é assim proposto, conforme mostra o seguinte quadro:

PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: METAS

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- Reduzir o consumo médio de sal;
- Reduzir a prevalência de tabagismo;
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- Aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

3.2. DIRETRIZES E AÇÕES

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil fundamenta-se em diretrizes e ações que contemplam quatro campos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral.

No campo da vigilância, informação, avaliação e monitoramento, os três componentes essenciais são: a) monitoramento dos fatores de risco; b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e c) respostas

dos sistemas de saúde, em termos de gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso, inclusive a medicamentos. As principais ações previstas contemplam:

1. Realização de uma Pesquisa Nacional de Saúde em 2013, tendo como temas: acesso aos serviços e sua utilização; morbidade; fatores de risco e proteção de doenças crônicas; saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como medições antropométricas e de pressão arterial e coleta de material biológico.
2. Estudos e análises de morbimortalidade e inquéritos com foco em desigualdades em saúde (populações vulneráveis como indígenas e quilombolas), intervenções em saúde e custos de DCNT.
3. Criação de um portal na internet para monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, bem como desenvolver um sistema de gestão em DCNT.

No campo da promoção da saúde estão previstas parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde / doença, com diferentes ações envolvendo diversas áreas da administração pública federal (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura/Embrapa, Trabalho e Planejamento), além da Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de trânsito e outros, tais como organizações não governamentais, empresas e sociedade civil. O objetivo é viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

As ações previstas neste campo contemplam:

1. Promoção da Atividade física (Programa Academias da Saúde em articulação com a Atenção Básica em Saúde).

2. Programa Saúde na Escola, com ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar.
3. Fortalecimento do componente da construção de praças e outros espaços urbanos saudáveis, integrando atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital.
4. Ações de comunicação voltadas para incentivo às práticas de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016).

A promoção da saúde envolve ainda ações relativas a alimentação saudável, tabagismo e álcool, além de envelhecimento ativo.

Na alimentação saudável estão previstas ações em escolas, com promoção de alimentação saudável através Programa Nacional de Alimentação Escolar; aumento da oferta de alimentos saudáveis; regulação da composição nutricional de alimentos processados, mediante estabelecimento de acordos com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, com vistas à redução de sal e açúcar; redução dos preços de alimentos saudáveis, mediante adoção de medidas fiscais; ações intersetoriais para controle e prevenção da obesidade; medidas regulatórias relativas à publicidade de alimentos, com foco no consumidor infantil

Em relação ao tabagismo e uso de álcool estão previstas ações de adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis; políticas de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool; apoio à intensificação de ações de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores, bem como a iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos cor-

relatos de comércio; fortalecimento das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco no ambiente escolar.

Para a promoção do envelhecimento ativo torna-se necessária a implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral, não só no âmbito do SUS como na saúde suplementar. Dentro de tal escopo deve-se fomentar o incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular nas Academias da Saúde, bem como a capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, o acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas, de forma a incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos. Ação complementar é a criação de programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.

A diretriz da integralidade dos cuidados é também fundamental dentro do Plano Estratégico das DCNT, para o que várias ações serão realizadas, visando o fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, em busca de intervenções diversificadas e propulsoras da abordagem integral da saúde, com vistas à prevenção e ao controle das referidas doenças.

Assim, no campo da atenção integral, as principais ações previstas são:

1. Definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Básica, garantindo articulação com a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.
2. Desenvolvimento de sistemas de informação no gerenciamento das DCNT.
3. Capacitação das equipes da Atenção Básica em Saúde, expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos a distância, qualificando a resposta às DCNT.

4. Ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas das DCNT.
5. Fortalecimento das ações de prevenção em saúde da mulher, por exemplo, no diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama; no acesso ao exame preventivo e à mamografia de rastreamento; no tratamento adequado às mulheres com diagnóstico de lesões precursoras; na avaliação diagnóstica dos casos de mamografia com resultado anormal; no tratamento adequado das mulheres com diagnóstico confirmado de câncer de mama ou diagnóstico de lesões benignas.
6. Desenvolvimento de novas modalidades de atenção em Urgências e Atenção Domiciliar, com estabelecimento das Linhas do Cuidado para condições específicas (IAM e AVC) na Rede de Atenção às Urgências e franco acesso às terapias estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.



BIBLIOGRAFIA

1. BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. Acessível em www.thelancet.com (Abril, 6, 2011)
2. BEAGLEHOLE, R. et al. UN High Level Meeting on Non-Communicable Diseases: Addressing Four Questions. THE LANCET. Volume 378, Issue 9789, Pages 449-455. 13 June 2011.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399/2006. Pacto pela Saúde. Acessível em www.portalsaude.gov.br.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 2011-2022. Acessível em www.portalsaude.gov.br.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE NO BRASIL, 2011. Acessível em www.portalsaude.gov.br.
6. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto Lei 7508/2011. Acessível em www.presidencia.brasil.gov.br.
7. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. Observatory Studies Series nº 20, 2010.
8. HARVARD MEDICAL SCHOOL OF PUBLIC HEALTH / WORLD ECONOMIC FORUM. The Global Economic Burden of Non-communicable diseases. September 2011.
9. MAY et al. Integrating telecare for chronic disease management in the community: what needs to be done? Health Services Research. 2011, 11:131. Acessível em www.biomedcentral.com/1472-6963/11/131.
10. MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Ed. ESMIG. Belo Horizonte. 2009.
11. NIKOLIC, I. A. STANCIOLE, A. E, ZAYDMAN, M. Health, Nutrition and population (HNP) discussion paper – Chronic Emergency: Why NCDs Matter? THE WORLD BANK. (S/data).
12. OPAS-BRASIL. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS. Brasília. Ed. OPAS/OMS. 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.

15. Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization (WHO). Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks. Washington, D.C.: OPS, 2012
16. SCHIMITTDIEL, JÁ ET al. Effect of Primary Care orientation on Chronic Care Management. *Annals of Family Medicine*. V. 4. Nº 2. Mar-Apr 2009.
17. SOLINIS, R. N. Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. Acessível em www.risai.org.
18. THE WORLD BANK – HUMAN DEVELOPMENT UNIT. Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Disease. 2011.



Ministério da
Saúde

