

Melhoria dos Cuidados Crônicos por meio das Redes de Atenção à Saúde



Cuidados Crônicos

Melhoria dos **Cuidados Crônicos** por meio das Redes de Atenção à Saúde

Alberto Barceló
Silvana Luciani
Irene Agurto,
Pedro Orduñez
Renato Tasca
Omar Sued



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Organización Panamericana de
Organización Mundial de la Salud



100 ANOS 110



Chronic Illness Care

Publicado também em inglês (2012), com o título:
Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks.
ISBN: 978-92-75-11669-2

Publicado também em espanhol (2012), com o título:
Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud
ISBN 978-92-75-31669-6 es de atención a saúde ISBN 978-92-75-71669-4

Biblioteca da Sede da OPAS - Catalogação na fonte

Organização Pan-Americana da Saúde
Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde
Washington, D.C., OPAS, ©2012

ISBN 978-92-75-71669-4

I. Título

1. Assistência à saúde
2. Doença crônica, prevenção e controle
3. Atenção primária à saúde
4. Modelos organizacionais

NLM WT 500

A Organização Pan-Americana da Saúde aceita pedidos de permissão para reprodução ou tradução de suas publicações, parcial ou integralmente. Os pedidos e consultas devem ser enviados para Editorial Services, Area of Knowledge Management and Communications (KMC), Panamerican Health Organization, Washington, D.C. Estados Unidos. A área Health Surveillance, Disease Prevention and Control/ Chronic Diseases pode fornecer informações mais recentes sobre alterações no texto, planejamento de novas edições, e reproduções e traduções disponíveis.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Todos os direitos reservados.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Autores: Alberto Barceló, Silvana Luciani, Irene Agurto, Pedro Orduñez, Renato Tasca, and Omar Sued.
Revisão técnica: Hernán Montenegro, Reynaldo Holder, Diego Eliseo Velázquez, and Elisandrea Kemper.

Melhora dos Cuidados Crônicos por meio das Redes de Atenção a Saúde

Autores: Alberto Barceló, Silvana Luciani, Irene Agurto, Pedro Orduñez, Renato Tasca and Omar Sued
Revisão Técnica: Hernán Montenegro, Reynaldo Holder, Diego Eliseo Velázquez and Elisandrea Kemper

Conteúdo

Resumo executivo	1
Introdução	3
I. O MODELO DE CUIDADOS CRÔNICOS (MCC) E AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	5
1. O Modelo de Cuidados Crônicos	7
2. As Redes Integradas de Serviços de Saúde	9
II. INTEGRAÇÃO DOS ENFOQUES DE RISS E DO MCC	13
Modelo Assistencial	14
1. Abordagem populacional para a prevenção e controle das doenças crônicas	14
2. O primeiro nível de atenção	17
3. Serviços especializados, coordenação e integração	20
4. Atenção centrada no usuário	22
Governança e Estratégia	23
1. Sistema de governança único para toda a rede	23
2. Participação social ampla	25
3. Ação intersetorial e a abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde	26
Organização e Gestão	27
1. Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico	27
2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede	28
3. Sistema de informação	28
Box 1: Sistema de Informações de Doenças Crônicas em Calgary, Canadá ..	29
4. Gestão baseada em resultados e melhoria contínua de qualidade	30
Box 2: O projeto VIDA no México	31
Box 3: Melhoria da prevenção e controle do câncer cérvico-uterino em El Salvador	32
ALOCAÇÃO E INCENTIVOS: financiamento adequado e incentivos alinhados com as metas da rede	33
Conclusões	35
Lista de Abreviaturas	37
Referências	39

Resumo executivo

As Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) são um grupo de organizações que presta ou faz os arranjos para se prestem serviços de saúde equitativos e integrados a uma população definida. As RISS são responsáveis por seus resultados clínicos e econômicos, bem como pela saúde em geral da população atendida. O objetivo da iniciativa RISS da OPAS/OMS é contribuir para o desenvolvimento do sistema de saúde baseado na Atenção Primária em Saúde (APS), bem como a prestação de serviços equitativos, eficientes, da mais alta qualidade técnica e que satisfaçam as expectativas dos cidadãos.

O Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) constitui um esquema básico, mas abrangente, para organizar a atenção às doenças crônicas cumprindo o requisito de basear-se em dados cientificamente comprovados, com base populacional e centrados nos usuários. O uso do MCC em estratégias de organização e melhoria de cuidados crônicos tem tido êxito tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

O objetivo da Linha de Ação - Manejo de Doenças, da Estratégia Regional e do Plano de Ação de Doenças Crônicas da OPAS, é aumentar a capacidade dos sistemas de saúde e as habilidades dos profissionais para o manejo integrado das doenças crônicas e de seus fatores de risco, usando o MCC para organizar e melhorar a qualidade e efetividade dos serviços. A Estratégia Regional da OPAS incentiva a atenção integral às doenças não transmissíveis com orientação preventiva, baseada na equidade, com participação do indivíduo, da família e da comunidade, com um enfoque multisetorial que fomente a formação de recursos humanos capacitados na atenção às doenças crônicas e os programas de melhoria de qualidade.

A OPAS apoia o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e o manejo integrado das doenças crônicas com base populacional que, tal como estabelece o Modelo de Cuidados Crônicos, é caracterizado pelo uso de diretrizes clínicas e pelos protocolos baseados em dados cientificamente comprovados, pelo monitoramento e melhoria dos cuidados, organizando uma atenção proativa e com continuidade. A OPAS reconhece o papel central do usuário no manejo de sua própria saúde, por meio de programas de autocuidado apoiado por políticas de saúde e organizações comunitárias. Essas características são fundamentais para que as Redes de Atenção sejam funcionais e tenham êxito, que as torne responsáveis por serviços de boa qualidade e equitativos à população.

Introdução

O ônus das doenças não transmissíveis continua aumentando no mundo e enfrentá-la constitui um dos principais desafios para o desenvolvimento no século XXI. Calcula-se que as doenças não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias obstrutivas crônicas causaram aproximadamente 35 milhões de óbitos em 2005, o que representa 60% do total mundial de óbitos.¹

Esse é um problema crescente nos países em desenvolvimento, pois 80% das mortes por doenças não transmissíveis são registradas em países de baixa ou média renda. Cerca de 16 milhões dessas mortes correspondem a pessoas com menos de 70 anos. Prevê-se um aumento dos óbitos por doenças não transmissíveis nos próximos 10 anos.

As doenças não transmissíveis são, em grande medida, preveníveis, e o número total de mortes, em especial as prematuras, pode se reduzir consideravelmente mediante a modificação de quatro fatores de risco comuns: o consumo de tabaco, a alimentação inadequada (inclusive o consumo excessivo de sal), o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool. O fato de essas doenças compartilharem fatores de risco, exige empregar um enfoque similar tanto para a prevenção como para o controle. Para serem mais efetivos e produzir efeitos duradouros, os programas preventivos devem levar em consideração os principais determinantes da saúde.²

Prevê-se que o envelhecimento da população e o aumento da frequência das doenças crônicas constituirão um grande desafio para a saúde pública em um futuro próximo, particularmente para a Atenção Primária. Os serviços de saúde precisam proporcionar contato longitudinal e efetivo às pessoas portadoras de doenças crônicas em escala comunitária.³

O 47º Conselho Diretor da OPAS aprovou em 2006 o Plano de Ação para um Enfoque Integrado para a Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas, incluindo Regime Alimentar e Atividade Física.⁴ No que diz respeito ao manejo das doenças crônicas, o plano de ação estabelece objetivos específicos, atividades e indicadores para alcançar a meta de prevenir e reduzir o ônus das doenças crônicas e os fatores de risco relacionados. A estratégia de doenças crônicas no Plano de Ação da OPAS é consistente com a Declaração Regional sobre as Novas Orientações para a Atenção

Primária à Saúde (promulgada no 46º Conselho Diretor)⁵ e a Resolução CD45.R7,⁶ que confere prioridade ao problema da falta de acesso aos medicamentos essenciais e outros insumos na saúde pública.

Em setembro de 2011 a Assembleia Geral das Nações Unidas emitiu uma declaração política reconhecendo o ônus das doenças crônicas para o desenvolvimento. Nessa declaração a ONU convoca os chefes de Estado a fomentarem medidas de prevenção e controle para combater a epidemia global de doenças crônicas em cooperação com diferentes setores da sociedade.⁷

Para prestar uma atenção efetiva e eficiente às doenças crônicas, requer-se uma reorientação dos serviços de saúde, normalmente fragmentados e projetados para responder à demanda das doenças agudas e aos problemas relacionados com a saúde materno infantil. Com a perspectiva de reorientar os serviços de saúde, a OPAS propõe um enfoque de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS)⁸ Esse enfoque de rede se baseia na necessidade de superar a fragmentação atual dos serviços de saúde, que dificulta o acesso e resulta em serviços de baixa qualidade técnica e economicamente insustentáveis e ineficientes, com um desnecessário aumento nos custos de produção e a baixa satisfação dos usuários, entre outras deficiências.

A atenção às doenças crônicas requer uma Atenção Primária sólida e articulada, que trabalha em coordenação estreita com serviços especializados, às vezes situados no segundo ou terceiro nível de atenção, apoiado por recursos comunitários. A atenção deve utilizar estratégias para melhoria da qualidade técnica, ampliação do acesso e financiamento adequado.

Este documento tem por objetivo analisar formas de vincular o modelo de atenção integral às doenças crônicas com o enfoque de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS). Com esse propósito, se descrevem os principais componentes tanto do Modelo de Cuidados às Doenças Crônicas (MCC) como das RISS, para depois buscar pontos de convergência, com ênfase nos cuidados das pessoas com doenças crônicas.

O MODELO DE CUIDADOS CRÔNICOS (MCC) E AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE



1. O Modelo de Cuidados Crônicos

Figura 1. Modelo de Cuidados Crônicos



O Modelo de Cuidados Crônicos (MCC) foi desenvolvido com base em dados cientificamente comprovados pelo Wagner et al⁹ em 2003. Esse modelo é hoje amplamente aceito e utilizado no mundo, e tem sido avaliado positivamente em diversos locais¹⁰. As informações disponíveis indicam que o uso do MCC pode resultar em uma evidente melhoria nos cuidados e nos resultados em saúde^{11, 12, 13, 14, 15, 16}. As intervenções, que têm natureza multidimensional e incorporam distintos aspectos da atenção, têm sido mais efetivas que as focadas somente em aspectos específicos.¹⁷

Esse modelo continuou enriquecendo-se e adaptando-se. A seguir as versões modificadas que são mais conhecidas:

- O Modelo Ampliado de Cuidados às doenças Crônicas (Expanded Chronic Care Model), desenvolvido na província da Colúmbia Britânica, Canadá,¹⁸ e
- O Marco para a Atenção Inovadora das Doenças Crônicas (Innovative Care for Chronic Conditions Framework, ICCF), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde.¹⁹

Como ambas as propostas são basicamente versões modificadas do modelo original, para fins deste documento se utiliza o original criado por Wagner e colaboradores. Tanto o Modelo ampliado de Cuidados desenvolvido pela Colúmbia Britânica como o da Atenção Inovadora das Doenças Crônicas da OMS são também propostas válidas para implementação.

O MCC baseia-se em evidências científicas e é um marco adequado para descrever os elementos que, de modo articulado e harmonioso, precisam ser incorporados num sistema que pretende prover atenção de alta qualidade às pessoas que têm doenças crônicas, enfatizando ao mesmo tempo a importância dos cuidados com base populacional, princípios básicos para a melhoria da atenção e à atenção centrada no usuário.

Os seis componentes do MCC são os seguintes.

a) Organização da Atenção à Saúde: Uma organização ou instituição que promova uma atenção planejada, contínua, segura e de alta qualidade. Ao mesmo tempo, a organização deve favorecer as estratégias de melhoria e também permitir aos usuários transitar por todos os níveis do sistema e pontos de atenção necessários.

b) Desenho do sistema de atenção: assegurar uma atenção clínica efetiva e eficiente, que fomente e apoie ao autocuidado, distribuindo papéis e tarefas aos profissionais de saúde e facilitando as interações entre profissionais e usuários, com uma abordagem culturalmente adequada.

c) Apoio técnico assistencial: as diretrizes de prática clínica, baseadas em evidências, devem estar incorporadas nas práticas cotidianas. Os profissionais de saúde compartilham informações com o usuário e incentiva sua participação ativa.

d) Sistemas de informação clínicos: organizar os dados clínicos dos usuários e da população de referência para prestar atenção eficiente e efetiva, facilitando o planejamento, a identificações de subpopulações com necessidades especiais e a coordenação da atenção clínica integral. O sistema gera lembretes oportunos para os usuários e os prestadores de serviço, e com isso apoia o cumprimento das diretrizes clínicas e as estratégias de melhoria.

e) Apoio ao autocuidado: capacita e prepara os usuários para desempenhar um papel principal, ativo e baseado em conhecimentos, no cuidado de sua própria saúde. Com este fim, emprega-se estratégias de apoio ao usuário para o autocuidado, as quais incluem planejamento das ações, resolução de problemas, seguimento e avaliação das metas.

f) Recursos e políticas da comunidade: busca mobilizar os recursos comunitários para apoiar a satisfação das necessidades dos usuários que participam em programas comunitários efetivos. As organizações de saúde podem formar alianças com organizações comunitárias que suprem os vazios assistenciais e advocam políticas que melhorem a atenção à saúde.

O resultado final do modelo é uma interação produtiva entre o usuário mais bem esclarecido e a equipe de saúde preparada, que produz melhores resultados.

2. As Redes Integradas de Serviços de Saúde

O enfoque de redes integradas de serviços de saúde propõe avançar progressivamente para superar a fragmentação e a escassa coordenação entre os serviços, atuando sobre algumas categorias chave denominadas atributos de RISS.⁸

Entende-se por redes integradas de serviços de saúde (RISS) um grupo de organizações que prestam, ou fazem os arranjos para que se prestem, serviços de saúde equitativos e integrados a uma população definida. Essas organizações estão dispostas a prestar contas tanto dos resultados clínicos e econômicos como do estado de saúde da população a que servem. As RISS são também integrais, ou seja, prestam serviços que cobrem todos os níveis de atenção, de forma coordenada e integrada, incluindo os serviços socio sanitários. Tais serviços caracterizam-se por serem contínuos no tempo, isto é, são prestados ao longo do ciclo de vida.

Figura 2. Atributos Essenciais de las RISS



Atributos chave das RISSS

Os atributos chave das RISS são estruturados em torno de 4 categorias gerais: 1) modelo assistencial; 2) governança e estratégia; 3) organização e gestão; e 4) alocação e incentivos. Dentro de cada uma dessas categorias gerais, são listados os atributos que caracterizariam as RISS.

MODELO ASSISTENCIAL

1. População e território bem definidos e com amplo conhecimento das necessidades em saúde, que determinam a oferta de serviços. Essa base populacional permite o reconhecimento e abordagem das inequidades no que se refere à cobertura, acesso e resultados em saúde.
2. Rede extensa de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção da saúde, de prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas focados em doenças, riscos e populações específicas.
3. Atenção Primária multidisciplinar que abrange toda a população e possibilita o acesso ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de atender à maior parte das necessidades em saúde da população.
4. Prestação de serviços especializados no local mais adequado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares.
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
6. Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população.

GOVERNANÇA E ESTRATÉGIA:

7. Um sistema de governança único para toda a rede de serviço de saúde
8. Participação social ampla
9. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO:

10. Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede
12. Sistema integrado de informações que se vincula a todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, local de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes
13. Gestão baseada em resultados.

ALOCAÇÃO E INCENTIVOS:

14. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede de serviços.

II. INTEGRAÇÃO DOS ENFOQUES DE RISS E DO MCC



A seção seguinte é dedicada a identificar os pontos de intersecção e complementação oferecidos pela abordagem conjunta das redes de atenção e do MCC, de modo a aproveitar as qualidades específicas já descritas para cada um, que permitam alavancar as áreas de sinergia e encarar de maneira mais efetiva e eficiente os desafios que individualmente têm sido colocados diante de ambos os enfoques.

Dentro de cada categoria geral proposta pelo enfoque de Redes, analisam-se os atributos mais relevantes para a atenção às doenças crônicas. Deve-se notar que alguns dos atributos de RISS, particularmente os da categoria modelo assistencial, têm sido combinados, para poder seguir a lógica do MCC. Além disso, os atributos de RISS relacionam-se com o conjunto da organização e gestão dos serviços e não com doenças específicas.

MODELO ASSISTENCIAL

1. Abordagem populacional para a prevenção e controle das doenças crônicas

A base populacional será entendida conforme a definição proposta no enfoque das RISS. As RISS devem ter população e territórios de referência, definidos e com amplo conhecimento de suas necessidades em saúde, juntamente com o reconhecimento e abordagem de inequidades no que diz respeito à cobertura, acesso e resultados em saúde, que determinam a oferta dos respectivos serviços.

A prevenção e controle das doenças crônicas é mais efetiva quando se focalizam ou se concentram em uma população e território definidos, tal como estabelece o enfoque das RISS. Esse território conta com uma estrutura administrativa que facilita as ações, para tal devem existir informações suficientes afim de conhecer as necessidades socio sanitárias e as preferências culturais.

A prevenção e o controle das doenças crônicas requer que os serviços sejam reorientados, contando com um primeiro contato organizado, com base populacional, que permita aos serviços de saúde planejarem adequadamente sua oferta, com ampla cobertura e acesso aos serviços preventivos e de controle.

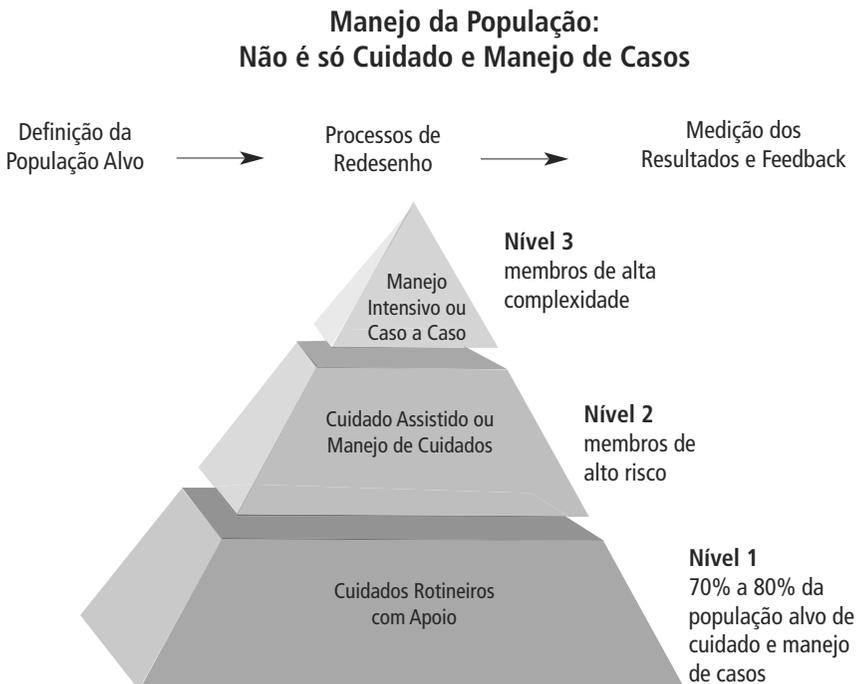
Para aumentar a efetividade, um sistema de atenção à saúde deve estar orientado para proporcionar cobertura universal, garantir acesso efetivo e que seja gratuito. A atenção às doenças crônicas necessita da articulação intersetorial entre os serviços públicos e outras entidades e organizações da sociedade civil. A cobertura universal e o acesso efetivo influenciam positivamente na qualidade dos serviços, bem como na redução das inequidades em saúde.

A cobertura universal é um fator importante para a melhor gestão das doenças crônicas. Para as doenças crônicas, que requerem contatos frequentes e programados entre os

profissionais da saúde e os usuários, é essencial um sistema de saúde que proporcione acesso universal com serviços gratuitos. O sistema de pagamento por procedimento limita o acesso e aumenta as desigualdades.²⁰ Por outro lado verificou-se que as pessoas com acesso gratuito aos serviços médicos reportam melhor estado de saúde que aquelas que não o têm.²¹

A atenção às doenças crônicas com base populacional exige a estratificação de grupos populacionais conforme suas necessidades de serviços. Essa estratificação, com base nas necessidades de cuidados pode ser abordada de diversas maneiras, um das quais é a pirâmide da Kaiser Permanente (Figura 2). De acordo com essa pirâmide de estratificação de risco, entre as pessoas que têm doenças crônicas existe um grupo majoritário que requer cuidados de rotina, em geral de baixa complexidade tecnológica e que devem ser oferecidos por intermédio da gestão da clínica. Esse grupo requer um seguimento contínuo da equipe de atenção primária com ações de autocuidado apoiado e compreende 70% a 80% dos usuários. Um grupo de pessoas com doenças crônicas classificados no nível 2, o grupo de alto risco, requer cuidados assistidos ou a gestão do caso. Enquanto um terceiro grupo, ainda menor e classificado como de alta complexidade, requer manejo intensivo e mais especializado.

Figura 3. A Pirâmide do Kaiser Permanente para Avaliação do Risco



A organização da atenção às doenças crônicas em uma população ou área geográfica definida, com pessoal treinado e em quantidade suficiente no primeiro nível de atenção (APS), contribuirá para o uso mais racional dos recursos humanos, evitando sobrecarga de trabalho. Da mesma forma, contribuirá para reduzir o uso inadequado de serviços no segundo e terceiro níveis, reduzir a frequência de episódios críticos e o consequente número de hospitalizações. O uso de hospitais complexos para tratar doenças crônicas pode indicar não só um uso inadequado de recursos financeiros, mas também falta de cuidados apropriados durante o manejo. Em resumo, as internações hospitalares não planejadas e desnecessárias das pessoas que têm doenças crônicas são, em muitos casos, um sinal da falha do sistema de atenção.²²

Outra vantagem do enfoque populacional para a atenção às doenças crônicas é facilitar a atenção personalizada. Quando uma equipe de saúde se responsabiliza sanitariamente por uma comunidade e suas famílias, se apropria dos problemas e necessidades em saúde. Esse tipo de atenção facilita a comunicação efetiva entre a equipe bem preparada e o usuário motivado, que é o resultado esperado do MCC. Exemplo desse tipo de interação é o enfoque do *medical homes*,²³ um serviço de saúde caracterizado por acesso fácil do usuário à equipe médica por via telefônica e essa equipe está ciente da história clínica do usuário, sendo capaz de coordenar efetivamente os cuidados. O *medical homes* já foi avaliado positivamente por usuários de sete países.²⁴

A abordagem populacional possibilita também o conhecimento das características específicas da população atendida, em um território definido, e permite criar registros e sistemas de informação de casos que fortaleçam o manejo e a continuidade do cuidado de portadores de doenças crônicas. Os registros de casos contribuem para um melhor manejo clínico, permitindo oferecer serviços de forma proativa, e não reagente.

Os registros ou notificação de doenças com base populacional ou geográfica permitem conhecer a prevalência de doenças e suas complicações, bem como a mortalidade a elas associada, facilitando a vigilância epidemiológica, bem como a efetividade de várias opções terapêuticas.

Um exemplo do uso da atenção com base populacional para a vigilância de doenças crônicas é o sistema recentemente criado na Costa Rica,²⁵ país com cobertura universal de cuidados médicos. A cada ano, uma pesquisa nacional sobre doenças crônicas e fatores de risco, que inclui questionário e exames de laboratório, é aplicada a uma amostra de base populacional nos centros de saúde pelo pessoal qualificado, que já trabalha nas comunidades e recebe um treinamento específico. Esse sistema de vigilância já publicou seu primeiro relatório, apresentando estimativas da prevalência nacional de diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo e sedentarismo, bem como indicadores de qualidade da atenção às doenças crônicas.

2. O primeiro nível de atenção

Prevenção e controle de fatores de risco comuns

que inclua, além das doenças crônicas, os fatores de risco comuns, como a alimentação não saudável, o sedentarismo, o tabagismo e o uso nocivo do álcool.

O fortalecimento da atenção primária para a prevenção e controle de doenças crônicas é uma tarefa fundamental, e requer um conjunto de ações como, redesenho organizacional, capacitação e formação de pessoal, reorientação da oferta e coordenação da rede assistencial.

A partir dessa perspectiva, e com base no modelo de atenção de doenças crônicas elaborado por Wagner, desenvolveu-se no Canadá o Modelo Ampliado de Cuidados Crônicos.¹⁸ Esse modelo mantém os seis elementos do original e acrescenta atividades de promoção da saúde, incorporando os determinantes sociais da saúde.

Figura 4. Modelo Ampliado de Cuidados Crônicos: Integração da Promoção da Saúde



A seguir algumas atividades desenvolvidas no Canadá e sugeridas por Barr et al¹⁸ como parte da aplicação do MCC:

- Leis antitabaco e programas de cessação do tabagismo;
- Promoção de ruas seguras e iluminadas para facilitar a atividade física; cicloviarias, parques, subsídios aos ginásios públicos, etc;
- Defesa da manutenção de preços baixos para os alimentos saudáveis, como a farinha integral;
- Elaboração de diretrizes de boas práticas de promoção e prevenção;
- Programas preventivos específicos para populações mais vulneráveis;
- Análise do impacto de determinantes sociais (pobreza, localização geográfica, etc) sobre o acesso a programas de atenção à saúde;
- Uso de informações populacionais sobre a pobreza, transporte e violência em programas preventivos;
- Programas de cuidados para manter os idosos morando em seus próprios lares pelo maior tempo possível, evitando a institucionalização; e
- Apoio comunitário a programas de habitações acessíveis e seguros.

b) Diagnóstico precoce e triagem para as principais doenças crônicas não transmissíveis
A triagem e o diagnóstico precoce das principais doenças crônicas é chave para que se possa detectá-las e tratá-las oportunamente, prolongando e mantendo a qualidade de vida. Nessa tarefa o primeiro nível de atenção desempenha um papel muito importante.

A Sociedade Americana do Câncer (American Cancer Society, ACS), a Associação Americana de Diabetes (American Diabetes Association) e a Sociedade Americana do Coração (American Heart Association, AHA)²⁶ propuseram a triagem de rotina para o diagnóstico precoce de diabetes, vários tipos de câncer e as doenças cardiovasculares em pessoas aparentemente saudáveis, como parte das normas da prática médica, aproveitando todas as oportunidades de contato entre usuários e provedores. Trata-se de aproveitar esses encontros para o desenvolvimento de ações preventivas, como a revisão e atualização periódica dos antecedentes familiares e dos fatores de risco comuns às doenças crônicas, por exemplo, o uso do tabaco, o regime alimentar inadequado, o sedentarismo e o uso nocivo do álcool. Além disso, essas entidades propõem reconsiderar o conceito de exame preventivo anual nos Estados Unidos. A triagem de sujeitos aparentemente saudáveis só deve ser praticada quando existe uma retaguarda dos serviços assistenciais.

No quadro abaixo é possível visualizar as diretrizes gerais de exames preventivos para adultos em situação de risco, segundo a idade e o gênero.²⁶ A utilidade do uso do Antígeno Prostático Específico (APE ou Prostate-specific antigen (PSA)) é polêmica e deve ser considerada com cautela.

Figura 5. Guias de Prevenção Geral

EXAME	IDADE			
	20	30	40	50+
IMC (Índice de Massa Corporal)			Todas as consultas	
Pressão arterial (PA)			Todas as consultas, ou ao menos uma vez a cada dois anos.	
Perfil lipídico			A cada 5 anos	
Glicemia				A cada 3 anos
Exame clínico da mama (ECM) e mamografia		ECM a cada 3 anos.	ECM e mamografia.	
Triagem do câncer do colo do útero		A cada 1 a 3 anos, a depender do tipo de exame e dos resultados anteriores.		
Triagem do câncer do cólon e do reto.			Frequência depende do exame selecionado.	
Exame clínico da próstata e antígeno prostático específico (APE)		Oferecer a cada ano. Dar ajuda com informações para facilitar a decisão.		

Implementar as ações de detecção precoce será possível se as equipes de saúde compartilharem diretrizes e protocolos de prevenção, e aplicarem em todos os adultos em situação de risco. Por outro lado, como se mostra na tabela anterior, as atividades de diagnóstico precoce devem ser realizadas com a periodicidade estabelecida, aproveitando os diferentes encontros com o usuário. Desse modo, estaria agindo tanto nos fatores de risco comuns das doenças crônicas, na triagem e diagnóstico precoce conjunto, como em relação às recomendações básicas gerais, como atividade física, alimentação adequada e cessação do tabagismo.

É relevante organizar as atividades de prevenção e diagnóstico precoce segundo o ciclo de vida, porque, embora as doenças crônicas em geral sejam mais comuns depois dos 50 anos, a exposição a determinados fatores de risco começa mais cedo. Exemplo disso é o que ocorre com a exposição ao tabaco, ou a iniciação no tabagismo, a alimentação não saudável, o consumo nocivo de álcool e o sedentarismo. Da mesma forma, é cada vez mais evidente que a obesidade pode começar cedo, inclusive na infância; que a hipertensão arterial começa a ser frequente nos homens depois dos 30 anos e uma década depois nas mulheres; que o perfil lipídico e a glicemia podem começar a alterar-se nos adultos jovens e que determinados tipos de câncer, particularmente em indivíduos de alto risco e com antecedentes familiares, requerem uma estratégia de triagem precoce. Há algumas doenças, como a diabetes tipo 1, que são mais frequentes nas crianças e jovens. Outras doenças, por sua vez, têm uma agregação por gênero, como o câncer cérvico-uterino, o câncer de mama ou o câncer de próstata.

3. Serviços especializados, coordenação e integração

Os mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde são necessários para assegurar a integração entre os níveis e pontos de atenção. A atenção às doenças crônicas pode requerer a utilização de recursos que, por sua complexidade técnica e densidade tecnológica, nível de especialização e outros aspectos, não estão localizadas na Atenção Primária. Tal é o caso de determinados meios diagnósticos e tratamentos, ou de procedimentos terapêuticos como as derivações cardíacas, a diálise ou a assistência paliativa. O acesso a partir da atenção primária deve ser efetivo e a APS coordenar o acesso aos níveis de maior densidade tecnológica do sistema. Com esse fim, deve-se garantir a coordenação e integração efetiva e contínua dos cuidados às doenças crônicas entre todos os níveis do sistema de saúde.

Por outro lado, a rede de serviços deve estar em condições de permitir as pessoas que têm doenças crônicas orientar-se e transitar de forma contínua entre os níveis do sistema, tendo acesso aos diferentes serviços especializados conforme a necessidade.

A complexidade dos cuidados que as pessoas que têm doenças crônicas requerem exige muitas vezes um coordenador de cuidados que ajude a orientar e a conduzir o usuário

pelo sistema para que ele possa receber a atenção necessária. A Sociedade Americana do Câncer (ACS, do inglês American Cancer Society) contribui com um exemplo de coordenação efetiva dos cuidados com seu programa denominado Programa de Navegação.²⁸ Quando uma pessoa recebe o diagnóstico do câncer, o ACS lhe dá a opção de ter um navegador. O navegador é uma pessoa treinada, conhecedora do sistema de atenção e que atua como coordenador de cuidados. O navegador ajuda a coordenar o tratamento, os procedimentos e os exames, além de prestar apoio psicológico ao usuário e à família.

Embora haja maneiras diferentes de expressar esse conceito, para os propósitos deste documento a integração²⁸ se define como um conjunto coerente de modelos e métodos usados pelos diferentes níveis organizacionais, clínicos e de prestação de serviços para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro dos pontos de atenção e entre eles. O propósito desses métodos e modelos é melhorar a qualidade da atenção e a qualidade da vida, a satisfação e a eficiência do sistema para os usuários com problemas complexos, de longo prazo, relacionando múltiplos serviços, provedores e entornos.

Pode-se distinguir entre integração clínica e integração de serviços.

A integração clínica é alcançada quando a atenção oferecida por profissionais e prestadores está ordenada de modo coerente e faz parte de um mesmo processo, por exemplo, mediante o emprego de diretrizes e protocolos comuns. A integração dos serviços é alcançada quando os serviços clínicos estiverem integrados em um nível organizacional, por exemplo, por meio de equipes profissionais multidisciplinares.

Há diferentes níveis de integração de serviços, tais como:

- Integração horizontal: fusão de duas ou mais organizações de saúde que prestam serviços a um nível similar, por exemplo, hospitais que atendem a casos agudos ou fundações que oferecem conjuntamente atenção à saúde;
- Integração vertical: união de duas ou mais organizações que oferecem serviços em níveis distintos, por exemplo, hospitais que atendem a casos agudos e serviços de saúde comunitária, ou serviços terciários trabalhando junto com os do nível secundário.

A integração horizontal ou vertical pode ser estabelecida de modo real, mediante fusões entre organizações, ou por meios virtuais, como alianças, associações e redes.

A integração clínica pode também cumprir o papel de treinamento dos profissionais de saúde. A interconsulta com especialistas tem sido apontada como um método efetivo de treinamento do pessoal da atenção primária.^{28, 29, 30} É por isso que muitas organizações incorporaram o conceito de integração da atenção do primeiro nível com especialistas para oferecer uma atenção mais completa. Tal é o caso da Fundação Kaiser Permanente³¹ e da Administração

Federal de Veteranos³² dos Estados Unidos, dois exemplos de integração efetiva de todo o espectro de serviços de que necessita a população a que atende.⁸

Em suma, em termos de rede e fortalecimento dos serviços, para organizar a atenção às doenças crônicas será requerida uma adequada articulação entre o primeiro e segundo níveis, bem como uma reorientação da prática dos profissionais da saúde, conferindo-lhes a capacitação adequada.

4. Atenção centrada no usuário

Pode-se abordar melhor a prevenção e o controle das doenças crônicas oferecendo uma atenção centrada no usuário,³³ em vez de focalizada meramente numa doença específica.

A atenção centrada no usuário³⁴ caracteriza-se por:

- Garantir acesso e continuidade dos cuidados;
- Fortalecer a participação do usuário no plano de cuidados, tornando mais fácil para o usuário expressar as suas preocupações, e mais fácil para o profissional de saúde respeitar os valores, preferências e necessidades dos usuários e proporcionar-lhes apoio emocional, particularmente para aliviar a ansiedade e o temor;
- Apoiar o autocuidado, o cuidado entre todos os níveis do sistema de saúde, facilitar o estabelecimento de objetivos terapêuticos e aumentar a confiança do usuário e de sua família no autocuidado; e
- Estabelecer mecanismos mais eficientes de coordenação e integração entre as unidades.

Além disso, a atenção centrada no usuário implica, por parte dos profissionais da rede, uma consciência em relação aos princípios citados, além da possibilidade de integrar os recursos da comunidade.

Para organizar cuidados centrados nos usuários é preciso realizar as seguintes ações:

- Definir os papéis e distribuir tarefas entre os membros das equipes multi-disciplinares;
- Efetuar interações planejadas para apoiar a atenção baseada em evidências;
- Assegurar a continuidade do cuidado; e
- Dar orientações compreensíveis e que sejam adequadas a cultura do usuário.

Outra medida que pode resultar em melhores resultados na atenção centrada no usuário é o uso apropriado de tecnologia eletrônica avançada para melhorar a comunicação com o usuário.

O uso do correio eletrônico para supervisionar os problemas já demonstrou reduzir eficazmente o número de visitas médicas não necessárias das pessoas que têm doenças crônicas, assim como a uma melhora nos indicadores de qualidade da atenção e satisfação do paciente.³⁵

Os usuários que requerem cuidados frequentemente requerem também a atenção de uma variada gama de profissionais, que nem sempre estão localizados no mesmo espaço físico, o que provoca, entre outros inconvenientes, solicitações repetidas da mesma informação. Isso pode ser resolvido criando uma função de coordenador da atenção, situado no primeiro nível, e que permita reduzir esses problemas de comunicação e ajude o usuário a navegar no sistema. Outras ferramentas são os formulários para a referência e contrarreferência, impressos e os cartões manejados pelos próprios usuários, o prontuário eletrônico e o sistema de informações clínicas.

Por sua vez, o profissional de saúde deverá pactuar com o usuário os objetivos de seu plano de cuidados. As diretrizes e os protocolos de atenção correspondentes devem ser compartilhados com o usuário. As metas de autocuidado estabelecidas para os usuários devem levar em consideração os antecedentes e o contexto de vida, bem como as barreiras potenciais, empregando preferencialmente um conselho colaborativo e não diretor, que envolva o usuário em seu plano de cuidados. Desse modo, o usuário se tornará mais bem informado, mobilizado, um co-produtor de seu tratamento e um colaborador das estratégias de melhoria de qualidade.³⁶ Mas, para isso, é preciso planejar e preparar todas as visitas do usuário com antecedência, com todas as informações pertinentes em dia e disponíveis durante a visita.

GOVERNANÇA E ESTRATÉGIA

1. Sistema de governança único para toda a rede

A fragmentação da atenção é um problema frequente dos cuidados em saúde, particularmente da atenção às doenças crônicas. A fragmentação dos sistemas, caracterizada por níveis diferentes de acesso e cobertura de serviços, de medicamentos e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos essenciais, afeta profundamente o manejo das doenças crônicas, pois essas requerem atenção coordenada e contínua. De modo semelhante, às vezes coexistem num mesmo país distintas diretrizes e protocolos, diferentes desenhos de prestação de serviços, sistemas de informações e programas de autocuidado em diferentes sistemas, como os de proteção e seguridade social. Às vezes esses programas incorrem numa duplicação de serviços, causando um uso irracional de recursos, prejudicando a coordenação e frustrando os esforços.

Em alguns países observa-se uma dualidade de sistemas composto por uma assistência social subsidiada e um sistema de seguro social³⁷, os quais fazem com que, muitas vezes, em um mesmo país co-existam diferentes guias e protocolos, desenhos da rede de serviços, sistemas de informação e programas de autocuidado, em diferentes sistemas. Essas diferenças podem gerar em duplicação de serviços e uso irracional de recursos, falta de coordenação e dispersão de esforços.

A falta de conexão entre a assistência social e previdência social tem raízes que excedem as fronteiras da saúde, mas a afetam diretamente em termos de benefícios. A falta de conexão surge pela forma em que financia os sistemas. Assim, a previdência social é mantida por meio de cotizações dos trabalhadores do setor formal e de seus empregadores o que lhes permite o acesso a determinados benefícios sociais. Aqueles fora do mercado formal do trabalho, beneficiam-se da assistência social, financiada pelo Estado. Embora os níveis dos benefícios dos trabalhadores do mercado formal continuem sendo em média, muito superiores, os mecanismos de financiamento que se têm posto em andamento se constituem, na verdade, um imposto sobre o setor formal do emprego, junto com um subsídio no setor informal

Outros países têm desenvolvido um sistema único de saúde com mecanismo de pagamento também único e acesso universal. O sistema de governança único permite implementar as diretrizes e os protocolos desenvolvidos em todo o sistema, envolvendo, tanto usuário como profissionais. Desse modo, a atenção à saúde é consistente em todo o sistema e mantém-se a atenção concentrada no usuário e nos resultados da atenção. Um sistema de governança único para toda a rede de atenção é um aspecto crítico para melhorar a atenção às doenças crônicas.

As responsabilidades da governança da rede incluem os seguintes aspectos:

- Definição de objetivos - visão, missão e objetivos estratégicos da rede; (a qualidade da atenção e o compromisso com as estratégias de melhoria de qualidade devem estar refletidas na visão, na missão e nos objetivos da rede).
- Coordenação entre os distintos órgãos de governo das entidades que compõem a rede para garantir a orientação do sistema de atenção para os problemas de saúde mais prevalentes, como é o caso da melhoria dos serviços materno-infantis, o controle da tuberculose ou a AIDS. No caso das doenças crônicas, inclui desde as ações de promoção da saúde, tanto nas escolas como em outros espaços na comunidade, como a criação de espaços adequados para a atividade física e as políticas de acessibilidade e viabilidade da alimentação saudável, até o desestímulo ao consumo de álcool e tabaco, implementando regulamentação de preços e de locais de consumo.
- Assegurar que a visão, missão, objetivos e estratégias sejam consistentes em toda a rede; os objetivos da rede devem apoiar os cuidados crônicos mediante os subsistemas ou os componentes de serviços, de modo que os usuários possam transitar facilmente entre vários níveis e serviços durante todo o processo de cuidados.

- Assegurar que a rede alcance um nível de desempenho ótimo mediante o monitoramento e avaliação dos processos e resultados; as informações provenientes da atenção clínica devem garantir o monitoramento adequado das ações, a fim de contribuir para a melhoria constante da atenção em saúde.
- Normatizar as funções clínicas e administrativas da rede; os integrantes das equipes multidisciplinares dedicadas à atenção crônica devem ter papéis definidos, de forma que se otimizem os recursos e que as funções sejam assumidas de forma coerente.
- Assegurar um financiamento adequado para a rede; os sistemas de pagamento de serviços e medicamentos devem ser garantidos de forma contínua durante a atenção crônica. A cobertura universal é a modalidade ideal para obter cuidados em saúde contínuos e de longa duração.
- Assumir a efetividade do desempenho pelo governo, incorporando a melhoria de qualidade de modo permanente.
- Incluir a capacidade de conduzir e alinhar a cooperação internacional ao sistema. São frequentes os projetos financiados por doadores em países de baixa e média renda, que concentram a atenção em uma doença específica, como diabetes ou câncer. A rede deve integrar a cooperação internacional ao sistema, de modo que essa seja mais efetiva e se reduzam os custos de execução.²

2. Participação social ampla

A participação social, entendida como um dos elementos de governança e estratégia das Redes é chave para fortalecer as ações de prevenção e controle das doenças crônicas. Pelo menos três modalidades de participação são relevantes para esse propósito:

a) A participação social e comunitária na elaboração de políticas públicas e a alocação de recursos para a prevenção de doenças crônicas. Esse tipo de modalidade de participação social é especialmente importante em países de baixa e média renda, onde ainda existe o mito de que essas doenças acometem somente países ricos, ou que só afetam pessoas idosas³⁸ Esses mitos dificultam a ação sobre os fatores de risco e a detecção precoce de doenças nos países que mais necessitam, sobretudo as populações mais pobres.

b) Organizações e grupos de usuários e de apoio. Dado o caráter crônico dessas doenças e a necessidade de cuidados contínuos ao longo da vida, é importante que os usuários se agrupem em organizações voluntárias que os ajudem a suportar a doença, a aprender a viver com ela e a apoiar-se mutuamente. Por exemplo, grupos ou clubes de pessoas com diabetes, com doenças do coração e de sobreviventes do câncer, bem como organizações não-governamentais dedicadas a fomentar o apoio à educação e aos que têm problemas comuns, tais como Peers for Progress.³⁹

c) Organizações não-governamentais, fundações privadas, religiosas, beneficentes ou outras, que oferecem serviços não disponíveis nos órgãos públicos, como as Sociedades do Câncer, que oferecem aos pacientes serviços de detecção precoce, tratamento e

educação em saúde, ou as clínicas especializadas que recebem financiamento externo ao sistema de saúde para oferecer atenção gratuita. Exemplo disto é a clínica de diabetes de Homestead, Estados Unidos^{38,40} que provê atenção gratuita, educação nutricional e acesso a especialistas em exercício, entre outras. O Fórum de Associados é outra forma de aglutinar esforços, agrupando vários setores da sociedade, como o governamental, não-governamental, a empresa privada, a academia e a sociedade civil.

3. Ação intersetorial e a abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde

Dada a alta prevalência das doenças crônicas nos países de baixa e média renda, bem como a existência de fatores de risco comuns, é preciso abordar os principais determinantes da saúde⁷. É particularmente importante melhorar as condições de vida e abordar as inequidades, agindo sobre os fatores sociais e ambientais que facilitem a adoção de decisões saudáveis.

Uma das iniciativas para a ação intersetorial e a abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde é a rede latino-americano CARMEN.⁴¹ A finalidade da rede CARMEN é melhorar a saúde das populações das Américas reduzindo os fatores de risco associados às doenças não transmissíveis mediante o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas, mobilização social, intervenções comunitárias, vigilância epidemiológica das condições de risco e serviços preventivos na área da saúde. As intervenções que se desenvolvem no marco da rede CARMEN implicam a definição de um espaço populacional (local, estadual, nacional) e as ações têm como características a integração das mesmas e busca da promoção da equidade em saúde. Existem redes similares em outras regiões da Organização Mundial da Saúde.

Destaca-se também a experiência do Brasil, que implementou um programa de atenção primária de base comunitária, denominada Estratégia Saúde da Família, com uma equipe formada por minimamente um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, todos treinados e que prestam serviços em unidades de saúde instaladas no território da comunidade onde, além das ações clínicas tradicionais, realizam visitas domiciliares e atividades de promoção da saúde nos bairros. Esse programa, iniciado em 1994, tem permitido reduzir de modo significativo às hospitalizações para doenças suscetíveis de atenção ambulatorial, como doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e asma. Nos municípios brasileiros com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família, as taxas de hospitalização por doenças crônicas foram 13% inferiores àquelas com baixa cobertura^{40, 42}

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

1. Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico

Além dos elementos de modelo assistencial que devem ser implementados nos serviços de saúde para ter uma atenção crônica de alta qualidade, há elementos relativos à organização e gestão das redes que precisam ser levados em conta, a fim de assegurar que o modelo assistencial opere adequadamente. Entre eles se destacam a coordenação e a gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico; a instalação e uso adequado de sistemas de informação; e uma gestão baseada em resultados.

É preciso administrar também de forma integrada os sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico, incluindo as farmácias, integrando equipes multidisciplinares responsáveis pela administração de serviços específicos por meio do contínuo de serviços e propiciando a criação de estruturas organizacionais matriciais e linhas de serviço clínico. Pode haver integração contratual, bem como aquela que se produz com os prestadores, ou integração organizacional. Essa última, instituída como integração em um nível macro, que pode incluir grupos multiespecialidade, incentivos alinhados, uso de tecnologia da informação e diretrizes, responsabilidade pelo desempenho e pelas populações definidas, alianças entre os médicos e a administração, liderança efetiva e uma cultura colaborativa. Todos esses elementos dos sistemas integrados contribuem para um bom desempenho. Mais a integração organizacional unicamente, não garante a integração clínica e dos serviços.

Nos Estados Unidos foram criadas recentemente as Organizações Responsáveis pela Atenção (Accountable Care Organizations)^{43,44 41, 42} como uma nova forma de coordenação que reúne grupos de prestadores de serviços e cuidados para fomentar a concorrência, equilibrar o orçamento e ao mesmo tempo combater a fraude e o abuso do sistema.

Os sistemas de referência e contrarreferência têm especial importância no caso dos cuidados crônicos. Os sistemas de saúde devem garantir aos usuários que requeiram cuidados fora do alcance do primeiro nível de atenção, uma atenção oportuna nos níveis secundário ou terciário, conforme o caso. Por sua vez, os serviços do primeiro nível de atenção devem manter o acompanhamento aos usuários estratificados como de baixo e médio risco, monitorando os resultados e as recomendações oferecidas nos níveis de atenção de maior complexidade e densidade tecnológica.

2. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede

O enfoque das RISS enfatiza a necessidade de recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede. Ao mesmo tempo, a rede assistencial necessita contar com pessoal técnico especializado em doenças crônicas.

A equipe de atenção do primeiro nível de atenção deve servir como porta de entrada ao sistema, integrando e coordenando tanto a atenção primária à saúde como o acesso aos serviços especializados. Neste sentido, a OMS⁴⁵ oferece a seguinte orientação, baseada na identificação de cinco competências básicas que deveriam ser incorporadas na força de trabalho da atenção ao usuário portador de doenças crônicas:

- Oferecer atenção centrada no portador de doença crônica, que envolve: entrevistar e comunicar efetivamente; ajudar nas mudanças de comportamento relativas à saúde; apoiar o autocuidado; empregar um enfoque proativo.
- Acompanhamento, que envolve usuários, provedores e comunidades
- Traçar estratégias de melhoria de qualidade, ou seja: medir a atenção à saúde e seus resultados; aprender e adaptar-se à mudança; traduzir a evidência na prática.
- Usar tecnologias da informação e comunicação, ou seja: projetar e empregar registros de usuários, usar tecnologias da informação e estabelecer comunicação com os parceiros.
- Adotar perspectiva de saúde pública: prover atenção populacional; pensamento sistêmico; trabalho ao longo de todo o contínuo de atenção; trabalhar em sistemas liderados pela atenção primária.

A reforma educacional verdadeira da força de trabalho para enfrentar as doenças crônicas não será possível sem esforço coordenado e sustentado entre os responsáveis pela tomada de decisões, líderes acadêmicos e entidades profissionais de saúde.

Uma rede assistencial necessita de profissionais da saúde com competências específicas de gestão e direção. Requer-se então treinar os recursos humanos nessas novas competências. Por exemplo, abordagem sistêmica, negociação e resolução de conflitos, melhoria contínua, gestão de redes, trabalho em equipe; e, além disso, pode ser preciso criar novos cargos, como diretores de integração clínica, planejamento e desenvolvimento de rede.

3. Sistema de informação

Os serviços que prestam cuidados aos portadores de doenças crônicas necessitam dispor de sistemas de informação integrados, que se vinculem a todos os membros da rede; inclua informação sobre planejamento, processos para a avaliação e monitoramento e sobre ferramentas de apoio à tomada de decisões clínica e que permitam agregar dados para orientar a melhoria contínua da qualidade. Tais sistemas deveriam estar integrados aos

sistemas de vigilância ou informação epidemiológica, tradicionalmente dedicados a coleta de dados e produção de informações sobre morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis.

Em particular, os sistemas de informações clínicas para a atenção crônica são usados para:

- Prover lembretes oportunos tanto para os prestadores/ trabalhadores como para os usuários;
- Identificar subpopulações de modo a realizar uma atenção proativa;
- Facilitar o planejamento da atenção individual;
- Compartilhar informações com os usuários e com os prestadores/ trabalhadores para coordenar a atenção; e
- Monitorar o desempenho das equipes clínicas e de cuidados.

A seguir, apresenta-se o modo como se organiza um sistema de informações para prestar cuidados aos portadores de doenças crônicas no Canadá, e os resultados obtidos.

Box 1: Sistema de Informações de Doenças Crônicas em Calgary, Canadá.



Este projeto, desenvolvido em Calgary,⁴⁶ é um sistema de informações baseado mais nas pessoas que em doenças específicas, de modo que todas as informações dos usuários incluídos no programa são registradas independentemente da doença. Os resultados indicaram uma melhora substantiva do controle da diabetes e a hipertensão. As consultas de urgência e as hospitalizações diminuíram em 34% e 41% respectivamente. Os dias de uso de leitos diminuíram 31%. Esses resultados foram possíveis utilizando um programa de controle de doenças crônicas, aplicando modalidades de melhoria contínua de qualidade e medindo seu impacto na população e na utilização do sistema.

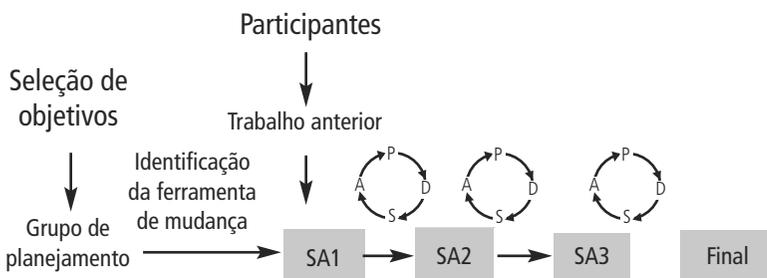
4. Gestão baseada em resultados e melhoria contínua de qualidade

A rede de atenção à saúde requer uma gestão baseada em resultados, assegurando um planejamento e gestão estratégicos em todos os níveis e orientando os serviços prestados para resultados mensuráveis, incorporando a melhoria contínua de qualidade.

Implantar modelos de atenção às doenças crônicas, de alta qualidade e com uma perspectiva de redes de atenção, pressupõe uma liderança efetiva e constante que produza as mudanças necessárias e identifique os resultados buscados; embora tais lideranças possam ser múltiplas e agir em diferentes níveis, é preciso que se alinhem com a direção superior e com um estilo de gestão – como aquele baseado em resultados – que permita efetivamente tornar as mudanças coerentes e mensuráveis.

O modelo de melhoria de qualidade usado com mais frequência para a atenção às doenças crônicas é a Série de Avanço Inovador (Breakthrough Series, ou BTS), desenvolvida pelo Instituto de Melhoria dos Cuidados à Saúde/Institute for Health Care Improvement (IHI).⁴⁷ Uma série colaborativa de Avanço Inovador é um sistema de aprendizagem de curta duração (6 a 15 meses), com ciclos sucessivos de planejar - fazer - estudar - atuar (ciclo PDSA - plan, do, study, act), com medições periódicas para conhecer os efeitos das mudanças e aferir se a mudança representa uma melhora. Alguns exemplos da aplicação dessa metodologia são resumidos a seguir.

Figura 6. Serie de Avance Innovador en los cuidados de doenças crônicas



Box 2: O projeto VIDA no México

O objetivo do projeto VIDA¹⁶ (do inglês Veracruz Initiative for Diabetes Awareness) foi melhorar a qualidade da atenção à diabetes usando o modelo de atenção crônica e a metodologia colaborativa BTS (Breakthrough Series) de melhoria de qualidade. Realizou-se um estudo comparativo com e sem intervenção em 10 centros de atendimento primário e acompanharam os pacientes durante 18 meses. O estudo incluiu 196 casos e 111 controles. Os resultados indicaram que a proporção de pessoas com bom controle glicêmico ($A1c < 7\%$) aumentou de 28% antes da intervenção para 39% depois. A proporção dos pacientes que completaram três ou mais metas de melhoria de qualidade aumentou de 16,6% para 69,7%, enquanto a do grupo sem intervenção diminuiu de 12,4% para 5,9%

O foco na equipe de atenção primária e a participação de pessoas com diabetes foram elementos estratégicos incorporados à metodologia; os participantes introduziram modificações para resolver problemas da atenção identificados por eles mesmos em quatro áreas do modelo de atenção crônica (apoio ao autocuidado, apoio às decisões, desenho de prestação de serviços e sistemas de informação).

Box 3: Melhoria da prevenção e controle do câncer cérvico-uterino em El Salvador

O objetivo deste projeto ⁴⁸ foi melhorar a prestação de serviços de prevenção e diagnóstico do câncer cérvico-uterino em El Salvador mediante a melhoria contínua da qualidade – série BTS – e uma estratégia de comunicação com os usuários, com medições antes e depois da intervenção em um serviço de atenção primária na zona rural. A intervenção consistiu em: envolvimento dos níveis de decisão; prestação de serviços; e ação da comunidade nos 4 ciclos – planejar, fazer, estudar e atuar (PDSA), facilitando vínculos entre processos de trabalho e instituindo um grupo de controle de qualidade. Os resultados indicaram que em um ano 3.408 mulheres, pela primeira vez na vida, passaram por triagem nos serviços regulares. Amostras insatisfatórias foram reduzidas à metade e o tempo de retorno da análise das amostras foi reduzido a 1/3. Em geral o acompanhamento das mulheres teve resultados positivos, aumentou de 24% para 100%.

Esses resultados foram possíveis devido a modificações destinadas a melhorar os vínculos entre detecção e diagnóstico reforçando o trabalho de equipe e a coordenação funcional, o que contribuiu também para aumentar o acompanhamento; foram restaurados os vínculos entre triagem e processos de leitura de amostras, melhorando o tempo de retorno; promotores de saúde treinados contribuíram para identificar as mulheres que nunca tinham feito um exame para detecção do câncer cérvico-uterino e facilitaram o acesso aos centros de saúde regulares com esse fim.

ALOCAÇÃO E INCENTIVOS: FINANCIAMENTO ADEQUADO E INCENTIVOS ALINHADOS COM AS METAS DA REDE

As consequências econômicas das doenças crônicas nas Américas são substanciais. Por exemplo, os custos relacionados com a diabetes já foram estimados em US\$65 bilhões anualmente,⁴⁹ que representam desde 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) na Venezuela até 5,9% em Barbados. No México, entretanto, estimava-se que em 2007 as condições crônicas como diabetes tipo 2, hipertensão, insuficiência renal crônica, câncer cérvico-uterino, câncer de mama e HIV/AIDS respondiam por mais de 12% dos gastos totais do Instituto Mexicano da Previdência Social.⁵⁰

No entanto, há evidência da existência de intervenções custo-efetivas que podem ser realizadas por meio da atenção primária. Assim, há intervenções de prevenção secundária de doenças cardiovasculares muito eficazes em termos de custo. Por exemplo, tratar com uma terapia polimedamentosa (aspirina, dois anti-hipertensivos e uma estatina) os indivíduos com alto risco cardiovascular total, definido como uma probabilidade de 25% de ter um evento cardiovascular nos próximos 10 anos, tem um custo estimado em US\$1,20 per capita e pode reduzir em 20% a mortalidade cardiovascular.⁵¹ Além disso, uma triagem de risco simplificado, sem laboratório, para identificar 6% da população com risco cardiovascular (>25%), que custava, em 2007, US\$1,20 per capita, poderia levar a 20% de redução na mortalidade cardiovascular.⁵²

Um aspecto importante é contar com financiamento adequado a fim de assegurar o acesso a tecnologias e equipes adequados para a prevenção e controle de doenças crônicas. Outros aspectos são as modalidades de pagamentos e dos incentivos que permitem fomentar a prevenção e a integração dos serviços. Nem todas as modalidades de pagamento operam como incentivos para a coordenação. Em particular, os sistemas de pagamento tradicionais que se aplicam de maneira independente a todos os estabelecimentos e níveis assistenciais (por exemplo, o pagamento por procedimento, por serviço ou por orçamento) desestimulam a coordenação entre os níveis assistenciais. No âmbito das RISS tem-se desenvolvido mecanismos de alocação de recursos e incentivos financeiros que buscam fomentar a coordenação entre os prestadores de serviços e a abordagem do problema de saúde no ponto mais apropriado dentro do contínuo assistencial, por exemplo, o pagamento per capita ajustado por risco⁷. Há outros exemplos de pagamentos por serviços, ou por procedimento, que têm sido substituídos por modalidades como pacotes de serviços que incentivam a prestação de serviços eficientes e baseados em evidência; ou pagamentos aos usuários que usam os serviços educacionais, como no Brasil, onde uma lei federal determina o fornecimento de produtos específicos às pessoas com diabetes, como glucômetros e insulina como incentivo para participar de um curso de educação em diabetes.⁵³

Outra modalidade empregada é o pagamento por desempenho (Pay-for-Performance, P4P), que é a transferência de dinheiro ou bens materiais sob a condição de realizar uma ação mensurável ou alcançar uma meta de desempenho pré determinada. A finalidade é melhorar a utilização de serviços, fundamentalmente preventivos, e/ou a qualidade dos serviços prestados. Sua característica básica é o vínculo com o desempenho, com a qualidade ou com ações específicas da demanda, ou da oferta. Não inclui aumento de salários ou subsídios não diretamente ligados a indicadores de desempenho estreitamente vinculados à melhoria dos resultados para a saúde⁵⁴ São exemplos de transferências condicionais à demanda subsídios ao transporte, à alimentação ou a atitudes de busca de serviços preventivos por parte dos usuários.

Outro modo de melhorar os cuidados às doenças crônicas é oferecer um conjunto de garantias, entre elas proteção financeira estatal diante da doença, como é o caso das Garantias Explícitas em Saúde (também conhecidas como AUGÉ)⁵⁵ no Chile. Este sistema oferece as seguintes garantias, regulamentadas por lei:

- a) Acesso: assegurar acesso aos benefícios seja no sistema público de saúde ou no sistema privado.
- b) Qualidade dos benefícios.
- c) Oportunidade do benefício, vinculante para todos os provedores considerados.
- d) Proteção financeira: que regula o montante da co-participação.

Algumas modalidades inovadoras podem ser citadas como o uso do valor arrecadado com o aumento dos impostos sobre o tabaco e o álcool para financiar programas de prevenção e controle de doenças crônicas. Um aumento de 50% nos impostos sobre o tabaco poderia gerar US\$1,42 trilhão em fundos suplementares em 22 países de baixa renda.⁵⁵ O aumento de impostos sobre alimentos e bebidas insalubres poderia também constituir uma boa forma de buscar recursos para programas preventivos.⁵⁶ O programa de diabetes da Finlândia,⁵⁷ por exemplo, usa os lucros das máquinas caça-níqueis como fonte de financiamento, e constitui um exemplo de colaboração comunitária efetiva.

Em síntese, a prevenção e controle das doenças crônicas requer que as RISS se reorientem em várias direções em termos de financiamento: na provisão de financiamento adequado a fim de assegurar o acesso a serviços e procedimentos que empregam alta tecnologia; na reorientação das modalidades de pagamentos, desde o pagamento por serviços a outros esquemas que estimulem uma atenção eficiente e baseada em evidência; no projeto dos incentivos para a oferta e a demanda a fim de promover a prevenção e o diagnóstico oportuno das doenças crônicas; e na proteção financeira aos portadores de doenças crônicas de alto custo, particularmente os mais desprotegidos.

Conclusões

O desenvolvimento das Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) favorece altamente a implementação de cuidados crônicos integrais, tal como foi descrito neste documento. Em particular, os serviços organizados em rede facilitam o trabalho preventivo e de controle das doenças crônicas para a população de referência, levando em consideração os determinantes sociais da saúde, contribuindo também para melhorar o conhecimento das equipes de saúde que atendem à essa população; além disso, permite às pessoas que têm doenças crônicas acesso mais amplo à rede de serviços, pela porta de entrada do sistema – a atenção primária – e ao mesmo tempo o trânsito entre os outros níveis de complexidade exigidos como parte de uma atenção integral.

A orientação dos serviços aos usuários e suas necessidades é também um ponto de convergência entre o enfoque de RISS e o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC).

Os esforços das RISS rumo a sistemas de financiamento mais equitativos e acessíveis para as populações de baixa renda são um elemento que permitirá as pessoas que têm doenças crônicas acessar serviços muitas vezes onerosos. Ao mesmo tempo, dispor de protocolos de atenção comuns e baseados em evidência, tal como propõe o MCC, pode contribuir para fortalecer as RISS e fomentar uma cultura de melhoria da atenção para todas as ações e serviços de saúde que as RISS devem prestar, melhorando também seu rendimento e a própria satisfação dos usuários e dos profissionais da saúde.

Lista de Abreviaturas

ACS:	Sociedade Americana do Câncer, do inglês American Cancer Society
ADA:	Associação Americana de Diabetes, do inglês American Diabetes Association
AHA:	Associação Americana do Coração, do inglês American Heart Association
APE:	Antígeno Prostático Específico
AUGE:	Aceso Universal a Garantias Explícitas
BTS:	Serie de Avance Rápido, do inglês Breakthrough Series
CARMEN:	Conjunto de Ações para la Redução Multifatorial de Doenças Crônicas
IHI:	Instituto para a Melhora da Saúde, do inglês Institute for Health Improvement
MCC:	Modelo de Cuidados Crônico
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OPAS:	Organização Pan Americana da Saúde
P4P:	Pago por desempenho, do inglês Pay for Performance
PDSA:	Planear-Fazer-Estudar-Atuar, do inglês Plan-Do-Study-Act
PIB:	Produto Interno Bruto
RISS:	Redes Integradas de Serviços da Saúde
SIDA:	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
VIDA:	Iniciativa de Diabetes de Veracruz, do inglês Veracruz Initiative for Diabetes Awareness
VIH:	Vírus de Imunodeficiência Humana

Referências

1. World Health Organization/ WHO. Action plan for prevention and control of noncommunicable diseases. Issues paper. 28 May 2008. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/en/index.html.
2. World Health Organization/ WHO. World Health Report 2008. Primary Health Care. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
3. World Health Organization /WHO. World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population. Press Release, September 6, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/index.html>.
4. Organização PanaAmericana da Súde. Estratégia Regional e Plano de Ação de Doenças Crônicas: O 47o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou em 2006 a Estratégia Regional e o Plano de Ação para um Enfoque Integrado para a Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas, incluindo Regime Alimentar e Atividade Física ISBNs 978 92 7 532826 2, Washington DC, 2008. Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/reg-strat-cncls.pdf>.
5. Pan American Health Organization. Regional Declaration on the New Orientations for Primary Health Care (Declaration of Montevideo). 46th Directing Council. Washington, D.C., USA, 26-30 September 200. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd46-decl-e.pdf>.
6. Pan American Health Organization. Access to Medicines. 45th Directing Council. Washington, D.C., USA, 27 September - 1 October 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/english/gov/cd/cd45-10-e.pdf>.
7. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. (Disponível em http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F66%2FL1&Lang=E visited 3 February 2012)
8. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks. Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Renewing Primary Health Care in the Americas Series, N. 4. Washington, D.C. 28 October 2008. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1245&Itemid=1497.
9. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2.
10. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. The Rand Evaluation. Disponível em: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_RAND_Evaluation&s=32.
11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: part two. JAMA, 2002, 288(15):1909-1914.
12. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. American Journal of Managed Care, 2005, 11:478-488.
13. Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care, 2005, 17(2):141-146.
14. Coleman R, Gill G, Wilkinson D. Non-communicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. Bulletin of the World Health Organization, 1998, 76:633-660

15. Janssens B et al. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:880-885.
16. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, Esqueda AL, Martínez JA, Holguin EM, Meiners M, Bonfil GM, Ramirez SN, Flores EP, Robles S. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes*. 2010 Oct, 4(3):145-53.
17. Beaglehole R et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*, 2008, 372(9642):940-949.
18. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 2003, 7(1):73-82.
19. World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions*. Geneva, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>
20. World Health Organization. *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*. ISBN 978 92 4 3564029 World Health Organization, 2010.
21. McWilliams Meara E, Zaslavsky A, Ayanian J. Health of Previously Uninsured Adults After Acquiring Medicare Coverage, *JAMA*, December 26, 2007—Vol 298, No. 24 (Reprinted)
22. Curry N, Ham C. *Clinical and Service Integration. The route to improved outcomes. The King's Fund* 2010. Disponível em: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=96801>.
23. Ferrante, J. M, Balasubramanian B.A, Shawna V. Hudson S. V., Crabtree B. Principles of the Patient- Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. *Annals of Family Medicine*, Vol 8, N 2- March- April 2010.
24. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, and Peugh J. Chronic conditions: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs*, 2009, 28(1): w1-16.
25. Caja costarricense de seguro social. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Subárea de Vigilancia Epidemiológica. *VIGILANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR* 2011. San José, Costa Rica, 2011.
26. Eyre H, Kahn R, Robertson RM. Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes. A common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. Special Article. *Diabetes Care*, Vol 27, N 7, July 2004.
27. Freeman HP. Patient Navigation: A Community Based Strategy to Reduce Cancer Disparities. *J Urban Health*. 2006 March; 83(2): 139–141.
28. Kodner D, Spreuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care* 2002;2:e12.
29. McCulloch DK, Glasgow RE, Hampson SE, Wagner EH. A systematic approach to diabetes management in the post-DCCT era, *Diabetes Care* 17 (7) (1994) 1–5.
30. McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH, A population-based approach to diabetes management in a primary setting: early results and lessons learned, *Effective Clinical Practices* 1 (1) (1998) 12–22.
31. Schilling L, Dearing JW, Staley P, Harvey P, Fahey L, Kuruppu F. Kaiser Permanente's performance improvement system, Part 4: Creating a learning organization. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2011;37(12):532-43.
32. Kuehn BM. Veterans health system cited by experts as a model for patient-centered care. *JAMA*. 2012;307(5):442-3.
33. Gerteis E (Editor) *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care* (Jossey-Bass Health Series). Jossey- Bass, publisher, 1993

34. Bergson, SC. A Systems Approach to Patient Centered-Care. Commentary. *JAMA*, December 2006- Vol 296, N 23.
35. Baer D. Patient-physician e-mail communication: the kaiser permanente experience. *J Oncol Pract*2011;7(4):230-3.
36. Institute for Health Improvement. New Health Partnerships: improving health by engaging patients. Disponível em: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/NewHealthPartnerships.htm>
37. Ferreira FHG, Robalino D. Social Protection in Latin America: Achievements and Limitations. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf).
38. Pan American Health Organization/PAHO. Chronic diseases: prevention and control in the Americas. Disponível em: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf>.
39. American Academy of Family Physicians Foundation. Peers for Progress. <http://www.aafpfoundation.org/online/foundation/home/programs/education/peersforprogress.html>
40. Baptist Church South Florida. Homestead Hospital: Diabetes Services. <http://www.baptisthealth.net/en/facilities/homestead-hospital/Pages/Diabetes-Services.aspx>.
41. Pan American Health Organization. CARMEN Network. Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>.
42. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011 ;101(10):1963-70.
43. Welch SS, Gregory AG. Health Care Reform and Accountable Care Organizations: are they really relevant? *J Med Assoc Ga*. 2010;99(4):28, 30.
44. Weinberg SL. Accountable Care Organizations- ready for prime time or not? *Am Heart Hosp J*. 2010;8(2):E78-9.
45. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century:the challenge of chronic conditions. 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/index.html.
46. Delon S, Mackinnon B; Alberta Health CDM Advisory Committee. Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Healthc Q*. 2009;13:98-104.
47. Institute for Healthcare Improvement. How to Improve. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/HowToImprove/>.
48. Agurto I, Sandoval J, De La Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *Int J Qual Health Care*. 2006 Apr;18(2):81-6. Epub 2006 Jan 26.
49. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean. *World Health Organization Bulletin* 2003;81(1):19-27. [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81\(1\)19-27.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81(1)19-27.pdf)
50. Instituto Mexicano de Seguridad Social (MSS). Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007. IMSS, Dirección de Finanzas, Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. México, DF.
51. Gaziano TA, Opie LH, Weinstein MC. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2006; 368: 679–86
52. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007, 370: 1939-46.

Melhoria dos Cuidados Crônicos

53. Governo do Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Portaria No 2.583, de 10 de Outubro de 2007. Disponible en <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/11473-2583.html?q=> visitado el 17 de Febrero de 2012..
54. Eichler, R. Can “Pay for Performance” Increase Utilization by the Poor and Improve the Quality of Health Services? Working Paper, February 2006. Disponível em: <http://www.cgdev.org/doc/ghprn/PBI%20Background%20Paper.pdf>
55. Library of Congress. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&buscar=AUGE>
56. World Health Organization/ WHO. The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage. 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf.
57. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. Preventive Medicine. 2011;52:413-416. Disponível em http://www.yaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/economics/SSBTaxesPotential_PM_6.11.pdf visited 6 February 2012.
58. Finnish Diabetes Association. Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland Dehko 2000–2010. Disponível em: http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=451.

