

Cuidados inovadores para condições crônicas

Organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**



Cuidados inovadores para condições crônicas:

Organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas

Cuidados inovadores para condições crônicas:

Organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

Washington, DC. 2015

Publica-se também em:

Inglês (2013): Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. ISBN 978-92-75-11738-5

Espanhol (2013): Cuidados inovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles. ISBN 978-92-75-31738-9

Catálogo na Fonte, Biblioteca Sede da OPAS

Organização Pan-Americana da Saúde.

Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC : OPAS, 2015.

1. Doença Crônica. 2. Assistência à Saúde. 3. Inovação. 4. Américas. I. Título.
II. Organização Mundial da Saúde.

ISBN 978-92-75-71738-7

(Classificação NLM : WT500 DA1)

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 o Departamento de Comunicações, Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C., E.U.A. (www.paho.org/publications/copyright-forms). O Departamento de XXX – (nome; informações de contato)) pode fornecer informações mais recentes sobre alterações no texto, planejamento de novas edições, e reproduções e traduções disponíveis.

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. 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.

Este documento foi elaborado por Alberto Barceló, JoAnne Epping-Jordan, Pedro Orduñez, Silvana Luciani, Irene Agurto e Renato Tasca. A preparação deste documento também se beneficiou das contribuições de Claudia Pescetto, Rubén Suárez, Victor Valdívía, Anand Parekh, Rafael Bengoa e Michael Parchman.

Edição técnica da versão em Português: Roberta Caixeta e Ailton Cezario Alves Junior
Desenho e diagramação: Sandra Serbiano, Buenos Aires, Argentina

Créditos das fotos: OMS: Página 8. OPAS / OMS: Páginas 10, 12, 14, 17, 18, 21, 70, 74, 83, 86. Shutterstock.com: Páginas 22, 28, 36, 42, 58, 72,76, 80. Depositphotos.com: Páginas 48, 54, 64, coberto. Photl.com: Page 51.

Sumário

Resumo executivo.....	11
Antecedentes.....	13
Introdução.....	15
OS DESAFIOS.....	17
MORTE PREMATURA E INCAPACIDADE.....	17
DIFICULDADES ECONÔMICAS.....	17
ATENÇÃO DE MÁ QUALIDADE.....	18
O Modelo de Cuidados Crônicos.....	23
INTERAÇÕES PRODUTIVAS.....	24
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	26
Apoio ao automanejo.....	29
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	34
Desenho do sistema de prestação de serviços.....	37
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	40
Apoio às decisões.....	43
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	46
Sistemas de informação clínica.....	49
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	52
Organização da atenção à saúde.....	55
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS.....	57

Recursos e políticas comunitárias.....	59
EXPERIÊNCIAS INOVADORAS	61
Para além do modelo de cuidados crônicos.....	65
IMPLICAÇÕES POLÍTICAS	65
INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS	66
FINANCIAMENTO	69
LEGISLAÇÃO.....	70
RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA.....	72
PARCERIAS	74
LIDERANÇA E PROMOÇÃO DA CAUSA.....	75
Um método para introdução de mudanças.....	77
Implementação e melhoria da atenção às DCNTs nas Américas.....	81
Conclusões.....	87
Recomendações.....	90
Lista de abreviaturas.....	92
Referências.....	94
Anexo 1: Colaboradores.....	102



**DR MARGARET CHAN,
DIRECTOR GENERAL, WHO**

“ A cobertura [de atenção à saúde] universal é o fator mais poderoso para alcançar a igualdade social. ”

Pronunciamento de abertura da diretora-geral da Organização Mundial da Saúde na 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
Dra. Margaret Chan
17 de setembro de 2012
Washington, D.C.



“ Trabalharei para melhorar a capacidade desta Organização (OPAS) de colaborar lado a lado com os nossos Estados Membros para desenvolver sistemas e serviços de saúde e impulsionar modelos de atenção para o acesso universal. ”

Mudança na Saúde, Saúde para Mudança
Discurso inaugural da Dra. Carissa F. Etienne
como diretora da Organização Pan-Americana da Saúde
31 de janeiro de 2013
Washington, D.C.

Resumo executivo

A atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como as doenças cardiovasculares (DCVs), o diabetes, o câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é um problema global. As pesquisas demonstram que a grande maioria dos portadores de DCNTs não recebe atenção apropriada. Este relatório descreve um modelo de atenção à saúde que poderia implantar o manejo integrado das DCNTs no contexto da atenção primária à saúde (APS) e contém orientações práticas para gestores de programas de saúde, formuladores de políticas e interessados diretos sobre o planejamento e a prestação de serviços de alta qualidade a pessoas com DCNTs ou fatores de risco para DCNTs. Também se discutem as principais implicações políticas da gestão integrada, inclusive os aspectos financeiros e legislativos da atenção e do desenvolvimento de recursos humanos. O relatório é dividido em dez seções e contém uma lista de exemplos de intervenções efetivas para cada componente do Modelo de Cuidados Crônicos. Além disso, ao longo de todo o documento são apresentados exemplos inéditos da implementação de boas práticas para a atenção crônica nos países. O documento conclui que o Modelo de Cuidados Crônicos deve ser implementado em sua totalidade, já que seus componentes têm efeitos sinérgicos, ou seja quando o todo é maior que a soma das partes. As reformas políticas e o acesso universal à atenção são elementos cruciais que levam a melhores resultados e reduzem as disparidades na atenção às doenças crônicas. É fundamental integrar os cuidados crônicos na APS, e aos serviços e programas existentes. As doenças crônicas não devem ser consideradas separadamente, mas como parte do estado de saúde do indivíduo, que pode ser suscetível a muitos outros riscos para a saúde. Um sistema de atenção centrado no paciente beneficia todos os pacientes, não importa qual seja seu estado de saúde nem se sua condição é ou não transmissível. Um sistema de atenção baseado no Modelo de Cuidados Crônicos é melhor para todos, não só para as pessoas com condições crônicas. A atenção primária tem um papel decisivo como núcleo de coordenação, mas é preciso complementá-la com centros de atenção mais especializados e intensivos, como laboratórios de diagnóstico, clínicas especializadas, hospitais e centros de reabilitação. Por fim, as dez recomendações para a melhoria da qualidade da atenção às condições crônicas são:

1. Implantar o Modelo de Cuidados Crônicos na sua totalidade.
2. Assegurar um enfoque centrado no paciente.
3. Criar políticas multissetoriais (ou reavaliar as existentes) para o manejo das DCNTs, entre as quais o acesso universal à saúde, com alinhamento dos sistemas de pagamento para apoiar as melhores práticas.
4. Criar sistemas de informação clínica (ou melhorar os existentes) que incluam monitoramento, avaliação e estratégias de melhoria da qualidade como partes integrantes do sistema de saúde.
5. Introduzir o apoio sistemático ao automanejo dos pacientes.
6. Orientar os cuidados para a atenção preventiva e populacional, reforçada por estratégias de promoção da saúde e participação comunitária.
7. Modificar (ou manter) as estruturas do sistema de saúde para melhorar o apoio ao manejo e ao controle das DCNTs.
8. Criar redes de atenção coordenadas pela APS que apoiem a continuidade dos cuidados.
9. Reorientar os serviços de saúde com a criação de uma cultura de cuidados crônicos que inclua atenção proativa baseada em evidências e estratégias de melhoria da qualidade.
10. Reorganizar os trabalhadores de saúde em equipes multidisciplinares, assegurando o treinamento contínuo no manejo das DCNTs.



Participantes do Grupo de Trabalho Organização e prestação de atenção de alta qualidade para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Américas

Primeria fileira: Tomo Kanda, Elisa Prieto, Lisbeth Rodriguez, Sonia Angel, Tamu Davidson-Sadler
Segunda fileira: Frederico Guanais, Micheline Meiners, Rafael Bengoa, Anand Parekh, Alberto Barceló, Renato Tasca, Sandra Delon, Maria Cristina Escobar, JoAnne Epping-Jordan, Sebastian Laspiur, Silvana Luciani, Anselm Hennis, Pedro Orduñez

*13-14 de dezembro del 2012
Washington DC*

Antecedentes

Este relatório descreve um modelo de atenção à saúde para implementar o manejo integrado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no contexto da atenção primária à saúde (APS) e contém orientações práticas para administradores dos programas de atenção à saúde, formuladores de políticas e interessados diretos no planejamento e a na prestação de serviços de alta qualidade para pessoas com DCNTs e seus fatores de risco. Também se discutem as principais implicações políticas da gestão integrada, inclusive os aspectos financeiros e legislativos da atenção à saúde e do desenvolvimento de recursos humanos. Além disso, são analisadas as implicações desse tipo de atenção para os sistemas de saúde, bem como para os pacientes e as comunidades. As recomendações e sugestões são feitas com base em evidências e experiências práticas. Este relatório não é uma análise exaustiva dos modelos de gestão integrada das DCNTs e não procura abranger todas as experiências em todos os países da região. Muitas pessoas contribuíram com exemplos que são apresentados ao longo do documento. O anexo 1 apresenta a lista completa dos colaboradores.

O grupo de trabalho **Organização e Prestação de Atenção de Alta Qualidade às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Américas** (Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Conditions in the Americas) reuniu-se nos dias 13 e 14 de dezembro de 2012, em Washington, D.C., e contou com a participação de 20 especialistas e funcionários da saúde de 10 países. Durante os dois dias, os participantes examinaram diferentes aspectos do Modelo de Cuidados Crônicos, inclusive evidências específicas para intervenções e uma série de recomendações gerais. O anexo 1 contém a lista completa dos participantes. Como resultado do grupo de trabalho, este relatório apresenta, para cada componente do Modelo de Cuidados Crônicos, uma lista de exemplos de intervenções baseadas em evidências, em seções denominadas **Exemplos de Intervenções Efetivas**. Essas intervenções baseadas em evidências provêm de artigos identificados em uma rápida revisão bibliográfica com consulta ao PubMed e às bases de dados Cochrane. A revisão inicial abrangeu mais de 200 artigos, enquanto a lista final incluiu um total de 37 artigos de alta qualidade (principalmente revisões sistemáticas). As intervenções identificadas baseadas em evidências devem ser revisadas com cuidado, levando em conta a possível necessidade de algumas adaptações, já que as intervenções originais podem ter sido desenvolvidas em locais com diferentes contextos socioeconômicos. Os detalhes sobre a pesquisa bibliográfica e o grupo de trabalho podem ser obtidos com os autores.

O relatório está dividido em dez seções principais:

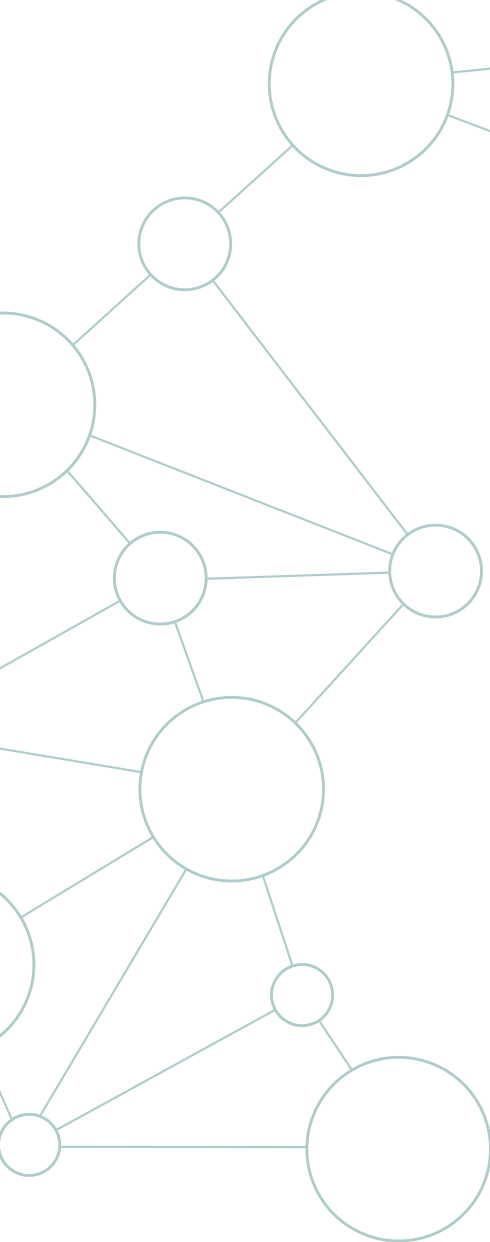
1. **Resumo executivo.** Apresenta um resumo dos temas abordados neste documento.
2. **Desafios.** Descreve a desigualdade atual entre a carga de DCNTs (um perfil epidemiológico que se modifica com rapidez e tem impacto econômico cada vez maior) e a organização antiquada da maioria dos sistemas de saúde para a gestão e prestação de assistência a essas condições.
3. **Modelo de cuidados.** Resume os enfoques e modelos que podem ajudar a informar e organizar os esforços de melhoria da atenção à saúde para a prevenção e o manejo efetivos das DCNTs.
4. **Implicações políticas.** Na maior parte da Região, um ambiente político favorável que apoie a atenção integrada às DCNTs pode ajudar a reduzir a carga dessas doenças. O financiamento, a legislação, os recursos humanos, as parcerias e a liderança e promoção da causa são alguns dos domínios políticos que influenciam a qualidade do manejo integrado das DCNTs.
5. **Método para introduzir mudanças.** A Série de Avanço Inovador (Breakthrough Series, BTS) e os princípios subjacentes de promoção da qualidade oferecem uma estrutura para obter melhorias nos sistemas de saúde.
6. **Implementação e melhoria da atenção às DCNTs nas Américas.** Numerosas iniciativas foram tomadas na Região para melhorar o manejo integrado das DCNTs; esta seção apresenta uma série de estudos de casos para cada componente do Modelo de Cuidados Crônicos.
7. **Conclusões.** Revisão das questões mais importantes descritas em todo o documento para a implementação do Modelo de Cuidados Crônicos.
8. **Recomendações.** Identifica as ações-chave para melhorar os resultados em vários sistemas de saúde. Essas recomendações foram discutidas pelo grupo de trabalho mencionado anteriormente.
9. **Referências.** Lista completa das referências, com *links* para os documentos disponíveis *on-line*.
10. **Anexo 1.** Lista completa dos colaboradores.



Foto: OPAS

Introdução

A atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como doenças cardiovasculares (DCVs), diabetes, câncer e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é um problema global. As pesquisas demonstram que a grande maioria dos portadores de DCNTs não recebe atenção apropriada. Somente cerca de metade dos doentes é diagnosticada e, desses pacientes, apenas cerca de metade é tratada. Dos 25% das pessoas com DCNTs assistidas, somente cerca de metade alcança as metas desejadas de tratamento clínico. Cumulativamente, apenas cerca de 1 em cada 10 pessoas com condições crônicas é tratada com êxito (1). Esse resultado se deve principalmente ao manejo inadequado, mas também ao acesso insuficiente à atenção médica e à existência de numerosos obstáculos financeiros (2).



Líderes políticos e de saúde pública reconhecem cada vez mais a necessidade de tomar medidas urgentes para enfrentar o problema das DCNTs. Há ações internacionais em andamento, como mostram a Reunião de Alto Nível (RAN) das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (DNTs) (High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases) realizada em Nova York, em setembro de 2011(3), e a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde realizada no Rio de Janeiro, em outubro de 2011 (4). Nessas reuniões, os líderes mundiais reconheceram que a carga global e a ameaça das DNTs constituem um dos principais desafios para o desenvolvimento no século XXI, reduzindo pouco a pouco o crescimento socioeconômico e ameaçando a consecução das metas de desenvolvimento. Eles reconheceram também a função de liderança e a responsabilidade dos governos de responder adequadamente a esse desafio. Entre outras coisas, a declaração política da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas lançou um apelo para “promover o acesso amplo a programas e custo-efetivos de prevenção, tratamento e atenção para o manejo integrado das doenças não transmissíveis...”.

O manejo integrado das DCNTs é justificado por no mínimo três razões importantes. Em primeiro lugar, a maioria das pessoas tem mais de um fator de risco e/ou DCNT (por exemplo, hipertensão e obesidade, ou hipertensão e diabetes e/ou asma) (5). Portanto, é conveniente tratar essas condições dentro de uma estrutura integrada de atenção. Outra razão pela qual se justifica a atenção integrada é

que a maioria das DCNTs impõe demandas semelhantes aos trabalhadores e sistemas de saúde, e maneiras análogas de organizar a atenção e o manejo dessas condições têm efetividade semelhante, qualquer que seja a etiologia. Em terceiro lugar, a maioria das DCNTs tem fatores de risco primários e secundários em comum. Por exemplo, a obesidade é um importante fator de risco para diabetes, hipertensão, cardiopatia e alguns tipos de câncer, e a cardiopatia pode ser uma complicação a longo prazo de mais de uma condição crônica, como o diabetes e a hipertensão.

Além do manejo integrado das DCNTs, também é essencial a integração geral desse tipo de atenção dentro dos serviços de saúde. O manejo dos pacientes com condições crônicas deve ser holístico no contexto de outros problemas e programas de saúde existentes (por exemplo, programas integrados para o manejo de doenças crônicas ou transmissíveis ou de problemas de saúde materna e infantil). Essa abordagem é oportuna porque há várias associações entre diversas doenças crônicas e doenças transmissíveis (por exemplo, diabetes e tuberculose [TB]; infecções virais e câncer, que incluem papilomavírus humano [HPV] e câncer do colo do útero, hepatite B e câncer de fígado, aids e câncer; além de aids e síndrome metabólica). A doença crônica não deve ser considerada separadamente, mas como parte do estado de saúde do indivíduo, que pode ser suscetível a muitos outros riscos para a saúde. Um sistema de atenção centrado no paciente beneficia todos os doentes, qualquer que seja seu estado de saúde.

A solução ideal para a prevenção e o manejo efetivo das DCNTs não é

simplesmente ampliar os sistemas “tradicionais” de atenção à saúde, mas sim fortalecer e transformar esses sistemas para oferecer atenção mais efetiva, eficiente e oportuna. A solução não é criar um sistema exclusivo para as DCNTs, mas garantir que o sistema de saúde esteja totalmente preparado e equipado para oferecer atenção contínua de alta qualidade para os que necessitam, ou seja, a grande maioria da população atendida.

OS DESAFIOS

A carga global das DCNTs continua a crescer, tanto em escala mundial quanto na Região, aumentando ainda mais as demandas de sistemas de saúde já sobrecarregados.

MORTE PREMATURA E INCAPACIDADE

No ano de 2008, as DCNTs foram responsáveis por cerca de 36 milhões de mortes no mundo, representando 63% do total de mortes. As principais causas foram as doenças cardiovasculares DCV (48%), câncer (21%), doenças respiratórias crônicas (12%) e diabetes (3%). As DCNTs são um grande motivo de preocupação entre as populações que estão envelhecendo, não só em países de alta renda, mas também em nações de baixa renda, nas quais está havendo um aumento desproporcional da carga dessas doenças (6). Os principais fatores de risco para DCNT são a

alimentação não saudável e o sedentarismo, que acarretam sobrepeso e obesidade, assim como o tabagismo e o uso abusivo de álcool. Em escala macro, os catalisadores dessas condições incluem o crescimento demográfico, o envelhecimento da população, a urbanização, a pobreza e a iniquidade.

O padrão na Região das Américas é semelhante. Anualmente, quase 4 milhões de pessoas morrem por causa de DCNTs na Região, o que representa 76% do total dos óbitos. Mais de um terço dessas mortes são prematuras (antes dos 70 anos), e a maioria é evitável e pode ser postergada. Os fatores de risco importantes para DCNT na Região são hipertensão (afeta de 20% a 40% da população); obesidade (26% dos adultos — mais que em qualquer outra região); diabetes (5% a 10% da população) e tabagismo (por volta de 22% da população). Caso não se tomem medidas apropriadas, a projeção é de que esses fatores contribuirão enormemente para o aumento da carga de doença nas Américas (7).

DIFICULDADES ECONÔMICAS

As DCNTs também acarretam grandes ônus para os países no âmbito macroeconômico. Em 2010, o custo global estimado das DCVs foi de US\$ 863 bilhões; calcula-se que esse valor ultrapassará US\$ 1 trilhão em 2030 — um aumento de 22%. Em relação ao câncer, estima-se que os 13,3 milhões de novos casos notificados em 2010 tenham custado US\$ 290 bilhões, e a expectativa é de que os custos relacionados com as DCNTs cheguem a US\$



Foto: OPAS

458 bilhões em 2030. O diabetes custou à economia mundial quase US\$ 500 bilhões em 2010, com projeção de aumento para, no mínimo, US\$ 745 bilhões em 2030, com os países em desenvolvimento assumindo uma parcela muito maior das despesas (8).

Outros dados da Região das Américas apresentam resultados semelhantes. Estima-se que o custo atual do tratamento do diabetes



Foto: OPAS

corresponda ao dobro do custo atual do tratamento do HIV — alcançando US\$ 10,7 bilhões somente na América Latina. Em 2010, o gasto com diabetes representou 9% do gasto total com saúde na América do Sul e Central e alcançou 14% na América do Norte, incluindo os países de língua inglesa do Caribe e o Haiti. No Brasil, os pesquisadores preveem que a perda projetada de receita nacional atribuível às DCNTs, como uma porcentagem do produto interno bruto (PIB), alcance 3,21% em 2015 (8). Em Trinidad e Tobago, estima-se que o custo atual da hipertensão e do diabetes represente 8% do PIB. No México, supondo-se que a prevalência de diabetes e hipertensão continue a aumentar como previsto, calcula-se que a despesa nacional com saúde terá um aumento de 5% a 7% por ano somente para suprir as necessidades dos novos diagnósticos (9).

ATENÇÃO DE MÁ QUALIDADE

Muitos portadores de DCNT não recebem atenção adequada, o que

pode ser atribuído tanto a problemas de acesso quanto de qualidade que, com frequência, afetam em maior medida subgrupos desfavorecidos da população (10). Uma pesquisa sobre adultos com “necessidades de cuidados complexos” realizada em 11 países, entre os quais o Canadá e os Estados Unidos, revelou importantes falhas de coordenação (11). Esse estudo mostrou que, nos Estados Unidos, aproximadamente 40% dos entrevistados informaram que não receberam atenção satisfatória depois do surgimento de uma condição crônica. Além disso, considerou-se que os cuidados clínicos foram impróprios em 20% daqueles assistidos (12).

A qualidade da atenção às DCNTs em países de baixa e média renda também é um motivo de preocupação. Com frequência, esses países lutam contra a complexidade da combinação de recursos insuficientes e acesso insatisfatório aos serviços necessários, fármacos e tecnologias. Ao mesmo tempo, muitos desses países ainda estão lutando contra as doenças transmissíveis e os problemas de saúde materna e infantil. Os serviços de saúde frequentemente carecem de insumos primordiais para exames, testes diagnósticos e medicamentos necessários para oferecer a atenção essencial às DCNTs.

Dados da OPAS sugerem que cerca de 90% dos adultos podem necessitar de algum tipo de ação médica relacionada com DCNTs. Aproximadamente 40% dos adultos têm uma DCNT diagnosticada (diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia ou obesidade), enquanto 30% têm condições não diagnosticadas associadas a alto risco de desenvolver essas doenças; outros 15% da população têm comportamentos que aumentam o risco de DCNT, como o tabagismo e o sedentarismo; e 5% necessitam de serviços de preven-

ção porque estão nas faixas etárias de risco para câncer da mama, do colo do útero ou da próstata. De modo geral, somente cerca de 10% da população adulta pode ser considerada de baixo risco para DCNT e, portanto, não tem necessidade imediata aparente de cuidados crônicos (Barceló A., calculado a partir de dados da Iniciativa contra o Diabetes para a América Central, observação não publicada, 2013).

Outro fator que influencia a qualidade da atenção às condições crônicas é o volume de trabalho e a capacidade do sistema de saúde de atender efetivamente todos os necessitados. Atualmente, salas de espera e ambulatórios superlotados podem ser comuns em muitos serviços por causa do enorme aumento do número de pacientes com DCNT que buscam atendimento. Portanto, o uso racional dos recursos disponíveis para o manejo das DCNTs é decisivo. É necessário, por exemplo, que o profissional de saúde disponha de tempo suficiente para que, nos atendimentos clínicos, execute a miríade de tarefas exigidas nos cuidados crônicos, que incluem manejo clínico e psicológico, apoio ao automanejo e coleta de dados, entre outros.

As consequências da atenção de má qualidade são substanciais. Do ponto de vista econômico, os custos da atenção à saúde tornam-se excessivos quando o manejo das DCNTs é inadequado. A execução insatisfatória ou a falta de adoção generalizada dos melhores processos de atenção à saúde conhecidos (como práticas preventivas de eficácia comprovada) leva ao desperdício de recursos. Também há perda quando os pacientes são ignorados devido à atenção fragmentada. A atenção de má qualidade acarreta complicações, readmissões hospitalares, declínio funcional e aumento da dependência, principalmente

em pacientes com DCNT, para os quais a coordenação da atenção é essencial (13). Indivíduos, famílias, organizações de saúde, governos e contribuintes pagam conjuntamente por isso.

Em toda a Região, a atenção de má qualidade também acarreta resultados insatisfatórios para os pacientes. Mais da metade das pessoas com diagnóstico de diabetes ou hipertensão não alcança os objetivos do tratamento. Pesquisas populacionais e clínicas realizadas entre 2003 e 2010 mostraram que menos de 50% das pessoas com hipertensão ou diabetes alcançaram bom controle da pressão arterial (14) ou da glicemia (15–20), respectivamente. Um estudo sobre a qualidade da atenção ao diabetes prestada por médicos generalistas do setor privado em nove países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, Guatemala, México, Peru e Venezuela) com base em 3.592 questionários de pacientes respondidos por médicos revelou que 58% dos pacientes tinham alimentação deficiente, 71% eram sedentários e 79% eram obesos ou tinham sobrepeso. Observou-se controle glicêmico inadequado em 78% dos pacientes; a proporção de pacientes com hemoglobina glicada (A1C) < 7,0% foi de 43%; e descreveram-se condições concomitantes associadas ao diabetes tipo 2 em 86% de pacientes (17). Outros estudos indicaram falhas semelhantes na atenção. Na fronteira entre México e Estados Unidos, muitos adultos hispânicos com diabetes não recebem atenção baseada em evidências (19). No Brasil, não se prescrevem aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes medicamentos em doses suficientes para controlar essas doenças (21). No sul do Brasil, 58% dos pacientes com DCNT não passaram por verificação do peso, da altura nem da pressão arterial e

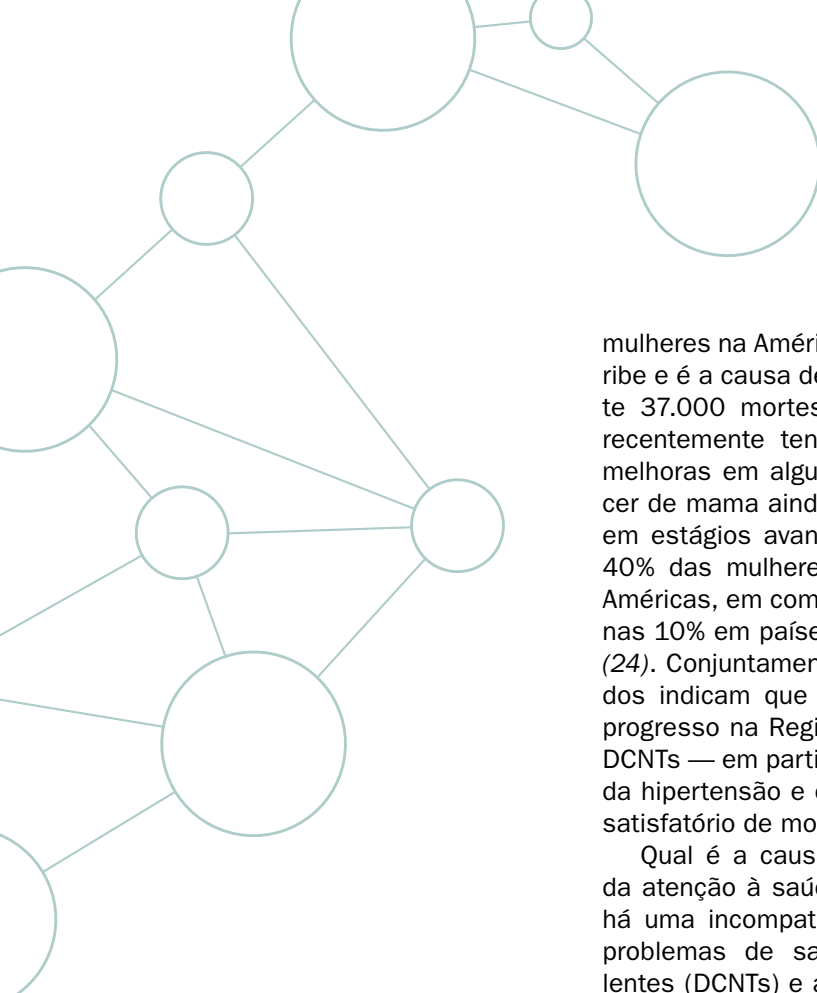
Enfoques estratégicos: Estratégia Global e Plano de Ação da OMS para a Prevenção e o Controle de DNTs

A Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Prevenção e o Controle de DNTs (26) (“Estratégia Global”) e o Plano de Ação correspondente contêm orientação sobre políticas essenciais para auxiliar os responsáveis pelas decisões na reforma de sistemas e serviços de saúde para enfrentar as DCNTs, em particular em locais onde os recursos são limitados. As diretrizes para os governos nacionais incluem:

- Usar uma estrutura unificadora para assegurar o apoio mútuo das ações executadas em todos os níveis e por todos os setores;
- Usar estratégias integradas de prevenção e controle, concentrando-se em fatores de risco comuns e transcendendo doenças específicas;
- Combinar intervenções para toda a população e para os indivíduos;
- Adotar uma abordagem progressiva, sobretudo em países que não disponham de recursos suficientes para pôr em prática todas as ações recomendadas;
- Fortalecer a ação intersetorial em todas as etapas da formulação e implementação de políticas para abordar os principais determinantes da carga de doenças crônicas que estão fora do setor da saúde;
- Estabelecer marcos relevantes e explícitos para cada nível de intervenção, com ênfase especial na redução das desigualdades relativas à saúde.

A formação de parcerias estratégicas com o setor privado, a sociedade civil e as organizações internacionais também é recomendada como a melhor maneira de implementar políticas públicas.

Fonte: Referência (26).



não receberam recomendações preventivas (22). Embora a incidência mundial de câncer continue elevada, as taxas de mortalidade por muitos tipos de câncer diminuíram nos últimos anos nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos graças a melhores tratamentos. Contudo, muitos países em desenvolvimento ainda apresentam taxas de letalidade altíssimas em consequência do diagnóstico tardio, da falta de acesso à detecção e atenção precoces e do manejo insatisfatório (23). O câncer de mama, por exemplo, é diagnosticado em mais de 100.000

mulheres na América Latina e no Caribe e é a causa de aproximadamente 37.000 mortes anuais. Embora recentemente tenha havido certas melhoras em alguns países, o câncer de mama ainda é diagnosticado em estágios avançados em 30% a 40% das mulheres na Região das Américas, em comparação com apenas 10% em países industrializados (24). Conjuntamente, esses resultados indicam que apesar de algum progresso na Região, o manejo das DCNTs — em particular do diabetes, da hipertensão e do câncer — é insatisfatório de modo geral.

Qual é a causa desse fracasso da atenção à saúde? Em essência, há uma incompatibilidade entre os problemas de saúde mais prevalentes (DCNTs) e a organização dos sistemas de saúde de muitos países para enfrentá-los. Essa incompatibilidade é de natureza histórica e pode ser compreendida recordando-se de épocas passadas, quando as doenças infecciosas agudas eram os problemas de saúde mais prevalentes. Hoje, o perfil epidemiológico modificou-se consideravelmente, mas a organização da atenção à saúde não (25). Embora alguns países tenham adotado medidas para reestruturar seus sistemas de saúde e se adaptar ao aumento da carga de DCNT, a maioria dos sistemas não manteve o ritmo necessário para atender às

novas necessidades de população e ainda há falhas de qualidade. Outros países ainda usam abordagens concebidas para uma série de problemas de saúde que continuam a existir, mas que já não são as principais causas de morbidade e mortalidade. Ainda que os problemas médicos agudos sempre exijam a atenção dos trabalhadores de saúde, as abordagens voltadas para enfermidades agudas estão se tornando cada vez mais inadequadas para atender à população crescente de portadores de DCNT.

A Tabela 1 apresenta um resumo dos atributos necessários para o manejo ideal das DCNTs. A atenção deve ser integrada em termos de tempo, espaço e condições. É preciso que os membros da equipe de saúde colaborem entre si e com os pacientes e suas famílias para desenvolver metas de tratamento, planos e estratégias de implementação centradas nas necessidades, nos valores e nas preferências do paciente. Conjuntamente, a equipe de saúde tem de ser capaz de prestar todos os serviços de saúde, desde a prevenção clínica e a reabilitação até os cuidados terminais. A atenção proativa e planejada e o apoio ao automanejo são outras características desse tipo de atenção.

Conforme a descrição na seção subsequente, os modelos de atenção integrada que transcendem doenças específicas e concentram-se no paciente são uma solução factível para introduzir a atenção efetiva. A inclusão de condutas baseadas em evidências pode aumentar a adequação e a eficiência dos sistemas de saúde e propiciar um meio para melhorar a qualidade da atenção a diversas DCNTs.

TABELA 1. Atributos da Atenção Efetiva às Condições Crônicas

ATENÇÃO OBSOLETA	ATENÇÃO EFETIVA
• Centrada na doença	• Centrada no paciente
• Baseada na atenção especializada/hospitalar	• Baseada na APS
• Ênfase em pacientes individuais	• Ênfase nas necessidades da população
• Reativa, guiada por sintomas	• Proativa, planejada
• Ênfase no tratamento	• Ênfase na prevenção

Estratégia para a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis para 2012–2025

Como complemento à Estratégia Global da OMS, a versão atualizada da Estratégia Regional e Plano de Ação (27) para a Prevenção e o Controle das DNTs para 2012–2025 (“Plano Regional”), impulsionada pela declaração política da

Reunião de Alto Nível (RAN) das Nações Unidas sobre DNTs em 2011, destaca quatro objetivos essenciais:

(a) Políticas multissetoriais e parcerias para a prevenção e o controle de DNTs: criar e promover ações multissetoriais com os setores pertinentes do governo e da sociedade, incluindo a integração nas agendas de desenvolvimento e economia.

(b) Fatores de risco das DNTs e fatores de proteção: reduzir a prevalência dos principais fatores de risco das DNTs e fortalecer os fatores de proteção, com ênfase nas crianças e adolescentes e nas populações vulneráveis; usar estratégias de promoção da saúde e instrumentos de política baseados em evidências, inclusive regulamentação, monitoramento e medidas voluntárias; e abordar os fatores sociais, econômicos e ambientais determinantes da saúde.

(c) Resposta dos sistemas de saúde às DNTs e fatores de risco: melhorar a cobertura, o acesso equitativo e a qualidade da atenção às DNTs e aos fatores de risco, com ênfase na atenção primária à saúde e no reforço do autocuidado.

(d) Vigilância e pesquisa sobre as DNTs: fortalecer a capacidade do país para a vigilância e a pesquisa sobre DNTs, seus fatores de risco e fatores determinantes; e usar os resultados dessa pesquisa para o desenvolvimento e a implementação de políticas e programas baseados em evidências.

Fonte: Referência (27)





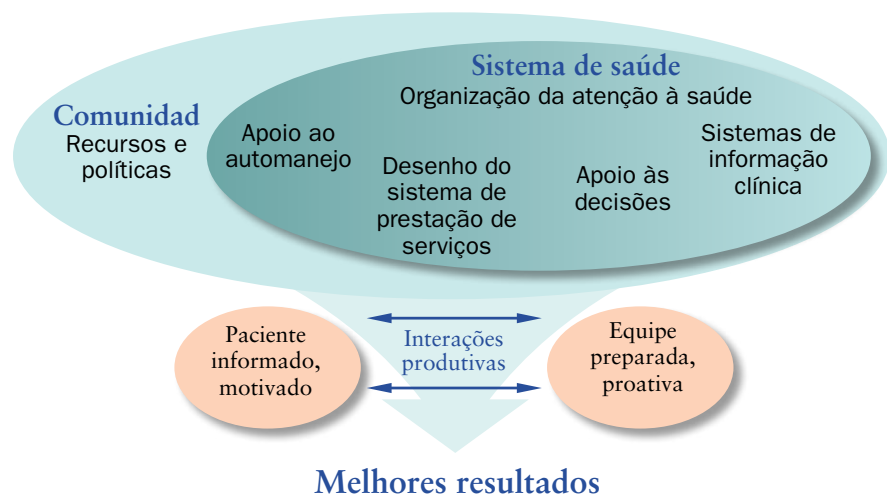


O Modelo de Cuidados Crônicos



Vários modelos de organização para o manejo das DCNTs foram propostos e executados em nível internacional. Talvez o mais conhecido e mais influente seja o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC; ver Figura 1) (28, 29), que se concentra na relação entre pacientes motivados e informados e equipes de saúde proativas e preparadas. Segundo o MCC, isso requer um sistema de saúde organizado de maneira apropriada e conectado aos recursos necessários na comunidade em geral.

FIGURA 1. O Modelo de Cuidados Crônicos



Vários países implementaram (adotaram ou adaptaram) o MCC (30). Em 2002, a OMS elaborou uma versão ampliada do modelo, denominada Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC), que dá maior ênfase à comunidade e às políticas de melhoria da atenção às doenças crônicas (31, 32). Outros modelos semelhantes estão sendo usados para orientar os cuidados das DCNTs em alguns países (33-35).

O MCC e os modelos semelhantes enfatizam a importância fundamental da APS e o reconhecimento de que os melhores resultados clínicos são obtidos quando todos os componentes do modelo estão interconectados e operam de maneira coordenada. O sucesso dessa conduta é corroborado por evidências sobre ações que têm bons resultados: as pesquisas até o momento revelaram que as modificações multidimensionais têm os maiores efeitos (36-39).

O MCC e modelos semelhantes adotam princípios altamente compatíveis com os enfoques da OPAS

para fortalecer os sistemas de saúde, baseados na atenção primária e nas redes integradas de serviço. A Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) da OPAS é a resposta recomendada para a organização da atenção em torno da estratégia de APS. As RISS são responsáveis pela otimização do estado de saúde e dos resultados clínicos de uma população definida. Elas são completas, visto que os serviços prestados abrangem todos os níveis de prevenção e atenção, e são coordenadas ou integradas em todos os níveis e ambientes da atenção, inclusive na comunidade. Também é objetivo das RISS prestar serviços contínuos ao longo do tempo (ou seja, durante todo o ciclo da população), proativos e não reativos. Outros pontos da interseção entre o MCC e as RISS são a ênfase em 1) equipes multidisciplinares, 2) atenção centrada no paciente e 3) sistemas integrados de informação que conectam a rede aos dados. A relação entre as RISS e o MCC é analisada em mais detalhes em outra publicação da OPAS (40).

INTERAÇÕES PRODUTIVAS

Todos os elementos do sistema descritos no MCC destinam-se a apoiar o desenvolvimento de uma população de pacientes informados e motivados e equipes de saúde preparadas e proativas. Da parte do profissional, o preparo significa ter a perícia, as informações e os recursos necessários para assegurar o manejo clínico efetivo. Também significa ter acesso oportuno a equipamento, material e medicamentos necessários para oferecer atenção com base em evidências. A proatividade implica a capacidade de prever as necessidades dos pacientes, prevenir enfermidades e complicações por meio de redução dos fatores de risco e planejar a atenção de maneira que os encontros clínicos não sejam motivados apenas por exacerbações agudas ou sintomas. Do outro lado da interação, os pacientes devem ter informações, educação, motivação e confiança para atuar como parceiros nos seus próprios cuidados.

A função central dessa parceria entre profissionais e pacientes é a modificação considerável das maneiras tradicionais de organizar e prestar a assistência. Segundo o MCC, o manejo de doenças crônicas (MDC) é mais efetivo quando pacientes e trabalhadores de saúde são parceiros iguais e ambos são especialistas em seus próprios domínios: os trabalhadores de saúde no que diz respeito ao manejo clínico da condição, e os pacientes no tocante à experiência com a enfermidade, necessidades e preferências (43). Demonstrou-se que a capacidade dos trabalhadores de saúde de esclarecer discutir as crenças dos pacientes e de mobilizar sua participação na tomada de decisão melhorou a adesão aos planos de tratamento e medicamentoso, bem como de diversos outros resultados relativos à saúde (44-46).

Melhoria dos cuidados das doenças crônicas

Melhoria dos Cuidados Crônicos (Improving Chronic Illness Care, ICIC) é um programa nacional da Fundação Robert Wood Johnson dedicado à ideia de que é possível melhorar a atenção à saúde nos Estados Unidos. O ICIC trabalhou por mais de uma década com parceiros norte-americanos em prol do objetivo de melhorar a saúde de pacientes com doenças crônicas auxiliando os sistemas de saúde, sobretudo os que atendem populações de baixa renda, a melhorar sua atenção pela implementação do Modelo de Cuidados Crônicos. Alguns dos instrumentos mais úteis do ICIC são a Avaliação da Atenção às Doenças Crônicas (Assessment of Chronic Illness Care, ACIC) e a Avaliação do Paciente da Atenção às Doenças Crônicas (Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC). O questionário ACIC é um instrumento de melhoria da qualidade criado pelo ICIC para ajudar as organizações a avaliarem os pontos fortes e fracos da atenção às condições crônicas em seis áreas: vínculos com a comunidade, apoio ao auto-manejo, apoio à decisão, planejamento do sistema de atenção, sistemas de informação e organização da atenção. O conteúdo da ACIC é derivado de evidências da implementação do Modelo de Cuidados Crônicos e mostrou-se sensível às mudanças do sistema e a outras medidas das intervenções de melhoria da qualidade. O ACIC está sendo usado em todo o mundo e foi traduzido para vários idiomas. O PACIC é um questionário que mede elementos específicos relacionados à aplicação do Modelo de Cuidados Crônicos do ponto de vista dos pacientes. Quando combinado ao ACIC, o questionário PACIC avalia os serviços prestados tanto do ponto de vista do consumidor quanto do prestador.

Fonte: Referências (29, 41-42).

Instituto para Melhoria da Atenção à Saúde

O Instituto para Melhoria da Atenção à Saúde (Institute for Healthcare Improvement, IHI), uma organização independente sem fins lucrativos, com sede em Cambridge, Massachusetts, é uma importante organização inovadora em matéria de melhoria da saúde e da atenção à saúde em todo o mundo. O IHI dedica-se a otimizar os sistemas de saúde, promover o Triplo Propósito (Triple Aim) para as populações, alcançar a atenção centrada na pessoa e na família e criar capacidade de melhoria. Os programas de desenvolvimento profissional do IHI — que incluem conferências, seminários e programas de áudio e na internet — informam todos os níveis da força de trabalho, desde os líderes executivos até o pessoal da linha de frente. Para a próxima geração de colaboradores em prol da melhoria, o IHI oferece cursos on-line e uma rede internacional de escritórios locais por meio de sua Open School. O IHI dá acesso gratuito a uma grande variedade de conteúdo em seu website.

Fonte: Institute for Healthcare Improvement (IHI). Para mais informações, consulte <http://www.ihl.org>



Canadá: Manejo de Doenças Crônicas, Serviços de Saúde de Alberta

Essa intervenção promove um enfoque colaborativo e integrado da comunidade no MDC. Enfatiza a atenção centrada no paciente e a coordenação por um processo contínuo de atenção, desde a promoção da saúde e prevenção até a detecção precoce e a atenção primária, secundária e terciária. Na comparação entre o início do estudo e após um ano de acompanhamento, houve aumento de 17% do número de pacientes com diabetes controlado por dosagem de A1c (essencial para monitoramento do diabetes), aumento de 13% do número de pacientes com dislipidemia controlada por dosagem de triglicérides, diminuição de 19% das hospitalizações de pacientes com DPOC e redução de 41% das hospitalizações e de 34% dos atendimentos de emergência.

Fonte: Referência (47).



México: Iniciativa Veracruz para Consciência sobre Diabetes

Realizou-se um projeto de demonstração em cinco centros (com um grupo de mais cinco centros que prestavam a assistência usual e serviam como controle no estudo). O MCC foi implementado para melhorar a qualidade da atenção ao diabetes nas cidades de Veracruz e Xalapa, no México. As intervenções específicas incluíam o treinamento em serviço dos profissionais de saúde, um programa estruturado de automanejo do diabetes e o fortalecimento de um sistema de referência e contra referência. Após a intervenção, houve melhora significativa das medidas em todos os centros de intervenção. A porcentagem de pessoas com bom controle de glicemia ($A1c < 7\%$), que era de 28% antes da intervenção, aumentou para 39% depois dela. Além disso, a porcentagem de pacientes que alcançaram três ou mais objetivos de melhoria da qualidade subiu de 16,6% para 69,7%, enquanto diminuiu de 12,4% para 5,9% no grupo de controle. A metodologia concentrou-se estrategicamente na equipe de atenção primária e na participação de pessoas com diabetes. Os participantes da equipe de saúde introduziram modificações para abordar os problemas da atenção que haviam identificado em quatro áreas do modelo de cuidados crônicos (apoio ao automanejo, apoio à decisão, planejamento do sistema de atenção e sistema de informação). O projeto foi monitorado pelo preenchimento do questionário ACIC no começo (primeira sessão de aprendizagem [SA1]) e no fim (SA3) da intervenção. O componente que obteve maior pontuação ao final da intervenção foi o apoio ao automanejo. Na SA3, todos os centros de intervenção tiveram melhor pontuação na ACIC, a maioria deles passou do nível C para o nível B. O projeto demonstrou que um enfoque integrado pode melhorar a qualidade de atenção ao diabetes em centros de atenção primária à saúde.

Fonte: Referências (48, 49).



Honduras: Honduras combate o diabetes

Honduras combate o diabetes é um projeto de intervenção em curso que se iniciou em 2012 e deve ser implementado durante os próximos três anos com o apoio da Fundação Mundial de Diabetes (World Diabetes Foundation, WDF). Sua principal finalidade é garantir o acesso a um programa integral de prevenção e controle do diabetes na atenção primária e secundária em 14 unidades do Ministério da Saúde e do Instituto Hondurenho de Previdência Social. O projeto promove o uso de um pacote de intervenções com base na estratégia de Pacote de Intervenções Essenciais (PEN) da OMS e, ao mesmo tempo, cria mecanismos para organizar os cuidados crônicos e reforça atividades preventivas no nível primário. As atividades para esse projeto incluem o fortalecimento da atenção integrada mediante produção e difusão de diretrizes baseadas em evidências e treinamento profissional. Além disso, essas atividades serão combinadas a atividades comunitárias de promoção da nutrição saudável, de atividade física e de prevenção do tabagismo e do consumo abusivo de álcool. O Passaporte de Cuidados Crônicos é usado para fomentar a colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. Espera-se, que após o sucesso das atividades postas em prática nas 14 áreas de demonstração, o projeto seja ampliado a uma estratégia nacional que resultará em melhoria da qualidade da atenção integrada, assim como em redução da carga de diabetes e de outras doenças crônicas em Honduras.

Fonte: Montoya R., OPAS de Honduras (comunicação pessoal).



República Dominicana: Programa para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (PRONCEC)

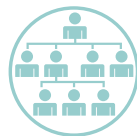
A finalidade deste projeto colaborativo em curso é melhorar, de forma constante, a qualidade da atenção aos portadores de doenças crônicas. O PRONCEC é baseado na aplicação do MCC e da metodologia BTS (Breakthrough Series). Cinco províncias localizadas na fronteira entre a República Dominicana e o Haiti participam do PRONCEC. A população dessas províncias da fronteira é considerada subatendida, com alta prevalência comprovada de DCNTs. Além disso, a região abriga uma população em situação econômica difícil, com alta concentração de pessoas deslocadas do Haiti. O projeto começou com a avaliação dos serviços prestados pelas Unidades Nacionais de Atenção Primária (UNAP) nas províncias participantes. A avaliação incluiu visitas da equipe de intervenção, preenchimento do questionário ACIC, além da análise de prontuários clínicos. As lacunas nos cuidados crônicos eram evidentes em todos os centros avaliados. Um plano de intervenção foi elaborado de acordo com os resultados da avaliação, em colaboração com as autoridades e os profissionais de saúde. O plano inclui o treinamento de equipes multidisciplinares no manejo clínico integrado das DCNTs, bem como no apoio ao automanejo. Outras medidas são o fortalecimento do sistema de referência e contra referência e o aumento da capacidade do segundo nível da atenção de prestar serviços especializados integrados de alta qualidade. O PRONCEC é monitorado por avaliações e sessões de aprendizagem periódicas.

Fonte: Estepan T, Ministério da Saúde, República Dominicana (comunicação pessoal, 2013)





Apoio ao automanejo



ACÇÕES-CHAVE PARA O APOIO AO AUTOMANEJO

- Garantir a participação do paciente no processo de atenção;
- Promover a educação por leigos ou interpares;
- Usar consultas em grupo;
- Desenvolver habilidades de autocontrole nos pacientes (ou seja, manejo da saúde, da função e das emoções relacionadas com as condições crônicas);
- Promover a habilidade de comunicação do paciente (sobretudo em relação a interações com profissionais de saúde e o sistema de saúde em geral);
- Negociar objetivos com o paciente para a mudança de comportamentos de saúde específicos e que constituem desafios moderados;
- Estimular o automonitoramento do paciente (acompanhamento de comportamentos);
- Promover a modificação ambiental (criação de um contexto para obter o máximo êxito);
- Assegurar a autorrecompensa (reforço do comportamento do indivíduo com recompensas imediatas, pessoais e desejáveis);
- Organizar o apoio social (obter o apoio dos demais);
- Usar a técnica dos 5 A durante os encontros clínicos de rotina.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES EFETIVAS

- ✓ Apoio ao automanejo em grupo para pessoas com diabetes tipo 2 (50)
- ✓ Automonitoramento da pressão arterial, especialmente como complemento da atenção em saúde (51)
- ✓ Intervenção educacional dirigida aos pacientes para o manejo da dor no câncer, juntamente com condutas tradicionais de analgesia (52)
- ✓ Intervenção educacional dirigida aos pacientes usando os 5 A para reduzir o tabagismo e o uso abusivo de álcool e para controlar o peso (53)
- ✓ Treinamento para melhorar o controle da glicemia e os hábitos alimentares de pessoas com diabetes tipo 2 (54)
- ✓ Educador leigo liderando programa de automanejo para portadores de condições crônicas, inclusive artrite, diabetes, asma e DPOC, cardiopatia e acidente vascular cerebral (55-57)
- ✓ Apoio ao automanejo que compreende um plano de ação por escrito, automonitoramento e exames médicos periódicos para adultos com asma (58)
- ✓ Apoio ao automanejo para pessoas com insuficiência cardíaca a fim de reduzir as readmissões hospitalares (59)
- ✓ Intervenções orientadas para o paciente, como aquelas centradas na educação ou na adesão ao tratamento (60)



O automanejo é um conjunto de tarefas que uma pessoa deve se comprometer a realizar para viver bem com uma ou mais condições crônicas. Essas tarefas incluem adquirir confiança para lidar com o manejo clínico, o gerenciamento de funções e o gerenciamento emocional (modificado de referência 61).

O apoio ao automanejo é definido como a implementação sistemática de intervenções de educação e apoio pela equipe de saúde para aumentar a habilidade e a confiança dos pacientes no manejo de seus problemas de saúde, inclusive com avaliação periódica do progresso e dos problemas, definição de metas e apoio para a solução de problemas (61).

O apoio ao automanejo é um elemento-chave do MCC porque todas as DCNTs demandam a participação ativa dos pacientes na promoção de sua saúde e na prevenção do surgimento e desenvolvimento de doenças crônicas e complicações relacionadas. As atividades típicas de autocuidado incluem o estilo de vida saudável, a prevenção de complicações, a adesão ao plano de tratamento e à medicação e o monitoramento domiciliar de sintomas e indicadores objetivos de enfermidade. Outras funções essenciais do automanejo são reconhecer sinais de alerta — modificação de sintomas ou exacerbações — e agir; tomar decisões apropriadas no que diz respeito ao momento oportuno

de buscar assistência profissional; e comunicar-se e interagir de maneira apropriada e produtiva com os trabalhadores de saúde e o sistema de saúde em geral (62). Importantes revisões de pesquisa constataram que o apoio ao automanejo é um elemento importante de melhoria dos resultados de saúde nas DCNTs (36, 43, 63). Uma revisão verificou que 19 de 20 estudos que incluíram um componente de automanejo obtiveram melhoria efetiva da atenção à saúde (37).

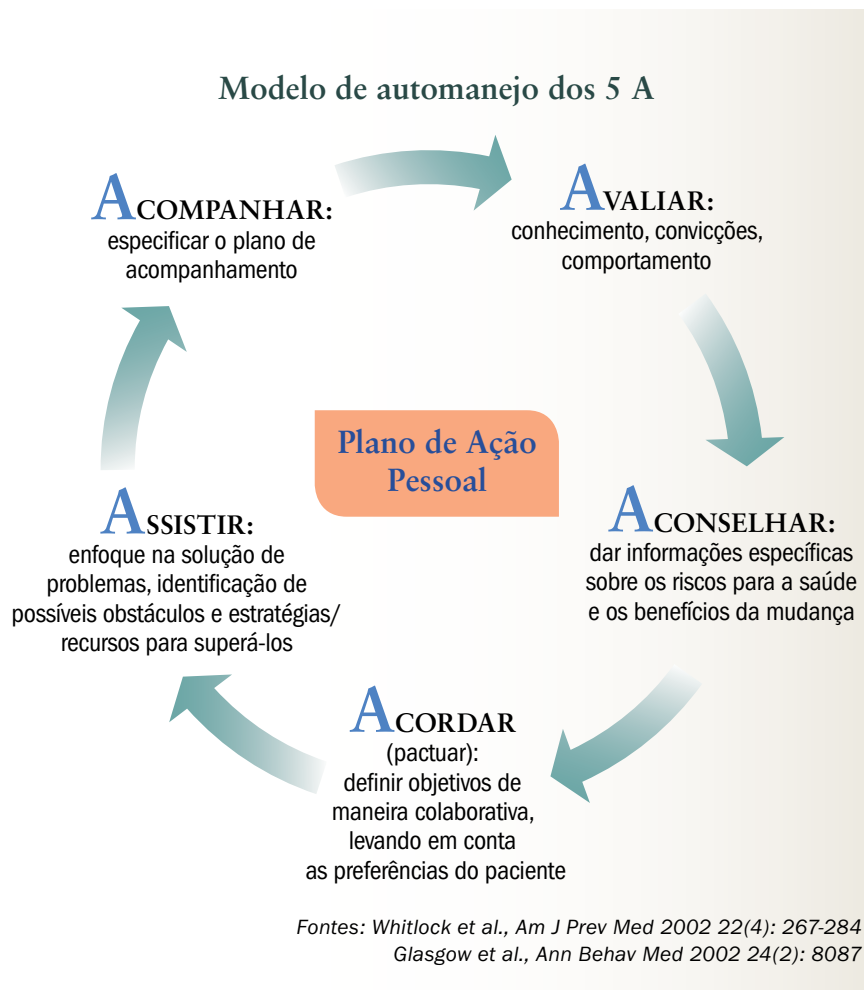
Na estrutura conceitual do MCC (ver Figura 1), o apoio ao automanejo permeia a comunidade e o sistema de saúde, refletindo o fato de que pode ser posto em prática em diversos locais e formatos. As consultas ambulatoriais periódicas constituem excelentes oportunidades para desenvolver e reforçar as habilidades de automanejo. O apoio ao automanejo também pode ser implementado durante as sessões de grupo lideradas por trabalhador de saúde ou em grupos coordenados por leigos em centros de saúde ou na própria comunidade. Os pro-

gramas de automanejo com uso do telefone ou da internet também são modalidades muito promissoras.

Dentro do sistema formal de atenção à saúde, o modelo dos “5 A” (64-65) (ver Figura 2) pode ser usado para elaborar planos de automanejo para os pacientes. Esse modelo constitui-se de uma série de cinco passos inter-relacionados e interativos (avaliar, aconselhar, acordar [pactuar], assistir e acompanhar). Uma importante vantagem do método dos 5 A é a facilidade de compreender, lembrar e usar. Também serve como um método flexível e aplicável no decorrer dos encontros clínicos de rotina (ou seja, não é uma intervenção de autocuidado independente, mas sim uma conduta que deve ser integrada à prática profissional normal).

A sequência 5A começa com uma avaliação que obtém informações atualizadas sobre a condição do paciente em relação a múltiplos comportamentos de saúde. Com base no perfil de risco do paciente combinado a informações sobre comportamento, história familiar, convicções pessoais e outros dados disponíveis, o profissional de saúde oferece aconselhamento claro, específico e personalizado para modificar um ou mais comportamentos. É importante que essa orientação seja interativa e inclua uma discussão sobre as opiniões e os sentimentos do paciente acerca do aconselhamento e das recomendações do profissional de saúde. O próximo passo é um processo colaborativo de definição de objetivos (acordo sobre um plano mutuamente negociado, factível e específico). O planejamento deve incluir assistência para a solução de problemas, com identificação de possíveis obstáculos ou desafios para alcançar os objetivos previamente definidos e concepção de soluções para superá-

FIGURA 2. O modelo de automanejo dos “5 A”



los. O último “A” (“acompanhar”) refere-se às providências para o apoio e a assistência subsequentes. Embora seja omitido com frequência, esse aspecto do modelo de mudança de comportamento é essencial para o êxito em longo prazo.

Os formatos autônomos de apoio ao automanejo, como as consultas em grupo coordenadas por trabalhador de saúde e programas de automanejo coordenados por pares, podem ser usados para complementar o método dos 5 A.



Os grupos coordenados por trabalhadores de saúde costumam reunir pacientes com problemas de saúde semelhantes, que são compartilhados com uma equipe ou um trabalhador de saúde. Os formatos variam, mas em geral permitem que os pacientes recebam apoio emocional de outros pacientes e aprendam com suas experiências, ao mesmo tempo em que recebem educação formal e treinamento dos trabalhadores de saúde. As consultas em grupo oferecem muitas vantagens em relação às consultas individuais tradicionais com trabalhadores de saúde (66). Elas usam de maneira mais eficiente o tempo limitado desses trabalhadores; permitem o fornecimento de informações mais detalhadas; facilitam o apoio mútuo de pacientes que enfrentam desafios semelhantes de automanejo; e favorecem a participação das famílias e de outros profissionais de saúde.

Alguns programas usam pares (em vez de trabalhadores de saúde) como educadores e instrutores. Acredita-se que os pares sejam especialmente efetivos como líderes, pois atuam como excelentes modelos para os participantes. Muitos programas coordenados por pares em todo o mundo baseiam-se nos princípios e no formato do Programa de Automanejo de Doenças Crônicas (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP) da Universidade de Stanford (67). O CDSMP é aplicado em sessões de 2,5 horas, uma vez por semana, durante seis

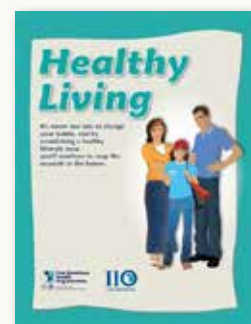
semanas. Inclui treinamento para o manejo de sintomas cognitivos, métodos de manejo das emoções negativas (por exemplo, raiva, medo, depressão e frustração) e discussão de temas como medicamentos, alimentação, profissionais de saúde e fadiga. Os líderes leigos ministram os cursos de maneira interativa, projetada para reforçar a confiança dos participantes na própria capacidade de executar tarefas específicas de autocuidado. O objetivo não é oferecer conteúdo específico sobre a doença, mas usar exercícios interativos para desenvolver a auto eficácia e outras habilidades que ajudarão os participantes a controlar melhor suas condições crônicas e manter um estilo de vida ativo. Um elemento vital é o intercâmbio e a discussão entre os participantes e com os companheiros líderes. A eficácia do CDSMP foi comprovada (55). Recentemente, o CDSMP incorporou um programa de treinamento on-line. De modo semelhante, no Reino Unido, o Programa do Paciente Especialista (Expert Patient Program) é uma iniciativa de automanejo coordenada por pessoas leigas treinadas e com experiência em condições crônicas. O programa destina-se a capacitar os participantes a desenvolver habilidades apropriadas de autocuidado (68). Uma avaliação constatou que o programa era efetivo na melhora da autoeficácia e dos níveis de energia em pacientes com condições crônicas e provavelmente era custo-efetivo (56).

Região das Américas: o Passaporte de Cuidados Crônicos

O Passaporte de Cuidados Crônicos (69) é um cartão usado por pacientes com DCNTs, como diabetes, hipertensão e DPOC. Apresenta orientações preventivas sobre nutrição, atividade física e hábitos nocivos, além de medidas de prevenção do câncer do colo do útero, de mama e de próstata. Também contém um plano alimentar resumido com uma lista de substitutos e equivalentes dos alimentos. O Plano de Atenção mostrado na página central do Passaporte especifica uma lista completa de exames laboratoriais, exames clínicos e temas de educação relativos ao automanejo das principais doenças crônicas (ou seja, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade). O Plano de Atenção enumera uma série de normas clínicas retiradas de diretrizes baseados em evidências e protocolos internacionais para todos os exames laboratoriais e clínicos citados, inclusive a avaliação de risco cardiovascular total. O Passaporte contém espaços para definir metas com os pacientes e registra os resultados obtidos durante diferentes consultas. Foi desenvolvido para o nível da APS, mas pode ser usado ou adaptado em outras situações. O Passaporte é um dos produtos da colaboração técnica da OPAS com diversos Estados Membros e é acompanhado de dois outros textos: um caderno para os prestadores de serviços de saúde e outra para os pacientes.

Em maio de 2012, iniciaram-se projetos de demonstração em 13 países em toda a Região. O Passaporte está sendo implementado em Anguila, Antígua, Argentina, Belize, Chile, Granada, Honduras, Jamaica, Paraguai, República Dominicana, Santa Lúcia, Suriname e Trinidad e Tobago.

Fonte: Referência (69).





Caribe: Melhoria da qualidade de cuidados crônicos no Caribe (Anguila, Antígua, Barbados, Belize, Guiana, Granada, Jamaica, Santa Lúcia, Suriname e Trinidad e Tobago)

O MCC está sendo implementado em 10 países do Caribe (142 centros que atendem mais de 40.000 pacientes). O objetivo do Projeto de Melhoria da Qualidade da Atenção ao Diabetes caribenho é aumentar a capacidade dos sistemas de saúde e as competências da força de trabalho para o manejo integrado das doenças crônicas e de seus fatores de risco. O projeto promove o manejo integrado das doenças crônicas com um enfoque preventivo, baseado na equidade e na participação do indivíduo, da família e da comunidade. A avaliação desse projeto de demonstração incluiu 1.060 pacientes com diabetes que usaram o Passaporte de Cuidados Crônicos no primeiro nível de atenção em oito países. Os resultados preliminares são promissores. A comparação das medidas iniciais e de acompanhamento revelou diminuição importante do nível médio de HbA1c (de 8,3% para 7,6%). Também houve aumento substancial da proporção de pacientes que adotaram medidas preventivas, como orientação nutricional (de 12% para 52%), exame dos pés (de 28% para 68%) ou exame oftalmológico (de 21% para 61%). De modo geral, a proporção de pacientes que reuniam três ou mais indicadores da qualidade da atenção à saúde aumentou de 12% para 56%.

Fonte: Referência (70).



Chile: Programa telefônico de automanejo em Santiago

A prevalência de diabetes no Chile aumentou de 4,2% para 9,2% entre 2005 e 2010. O aumento da demanda de melhor atenção às pessoas com diabetes tipo 2 e a necessidade de melhoria da eficácia do sistema de saúde levou um grupo de pesquisadores da Universidade Católica do Chile a criar um serviço de automanejo com auxílio do telefone celular. Um programa de orientação telefônica denominado ATAS (Apoio Tecnológico para o Automanejo de Condições Crônicas) foi acrescentado à atenção habitual para pessoas com diabetes tipo 2 em uma área de baixa renda de Santiago, no Chile. O modelo ATAS promoveu a participação ativa dos pacientes e de familiares cuidadores na tomada de decisões relacionadas com a saúde e estimulou o contato contínuo entre os pacientes e a equipe de saúde. Após 15 meses de intervenção, os resultados indicaram que os participantes (n = 300) mantiveram a glicemia estável, verificada por dosagem de A1c antes e depois da intervenção, enquanto os pacientes que receberam apenas a atenção habitual (n = 306) durante o mesmo período apresentaram elevação de 1,2% da glicemia. Outros resultados positivos encontrados, ao comparar o grupo submetido à intervenção e seus pares que receberam apenas a atenção habitual, foram: aumento do comparecimento a consultas médicas; redução do número de atendimentos de emergência; aumento da autoeficácia; além de aumento da satisfação dos clientes.

Fonte: Referência (71).



México: Unidade de Especialidades Médicas (UNEMES)

Em resposta à epidemia atual de DNTs e obesidade, o governo do México criou as Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) em 2008. As UNEMES são clínicas que oferecem atenção primária integrada com um enfoque inovador a pessoas com obesidade, diabetes e risco cardiovascular; são financiadas pelo seguro popular, que oferece atenção integrada ampla a pessoas de baixa renda (que não estão cobertas por nenhum outro programa) no México. A iniciativa das UNEMES originou-se do Modelo Integrado de Atenção à Saúde (MIDAS). As clínicas oferecem atenção baseada em evidências que integra múltiplas especialidades. As UNEMES prestam serviços de prevenção centrados no paciente com ênfase na adesão ao tratamento, no comportamento nutricional e na atividade física para os indivíduos e suas famílias. Esses serviços incluem a detecção e o manejo integrado do sobrepeso, do diabetes e do risco cardiovascular, aconselhamento nutricional, diagnóstico de obesidade e sobrepeso em crianças e adolescentes, diagnóstico de diabetes gestacional e detecção e manejo das complicações do diabetes e da hipertensão. A equipe das UNEMES é constituída de médicos, nutricionista, assistentes sociais, além de pessoal de tecnologia da informação e de apoio. Os membros da equipe são treinados para seguir um protocolo nacional padronizado para o manejo das DNTs.

Fonte: Referência (72).

América Central: a intervenção Iniciativa Centro-Americana de Diabetes (CAMDI)



A intervenção CAMDI foi um projeto colaborativo de melhoria da qualidade com participação de 10 centros de saúde e quatro hospitais de El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua. Durante os 18 meses da intervenção, equipes de saúde selecionaram seus próprios objetivos e atividades e participaram de três sessões de aprendizagem com especialistas nacionais e internacionais. As atividades da intervenção CAMDI incluíam a revisão de normas e protocolos nacionais para o manejo do diabetes, treinamento em diabetes e educação para o cuidado dos pés, assim como a implementação de clubes de diabetes. Ao todo, participaram da intervenção 1.290 pacientes. A avaliação de 240 pacientes aleatoriamente selecionados indicou redução do nível médio de A1c de 9,2% para 8,6% na comparação entre o início e o fim da intervenção. Os resultados também indicaram melhorias notáveis dos indicadores de processo; ao se compararem as medidas iniciais e de acompanhamento, a proporção de pacientes que passaram por exame oftalmológico aumentou de 14% para 52%, a proporção de pacientes submetidos a exame dos pés passou de 21% para 96% e a proporção de pacientes que receberam educação sobre diabetes elevou-se de 19% para 69%. A intervenção demonstrou que é possível melhorar a qualidade da atenção ao diabetes quando as equipes de saúde dedicam tempo adicional à capacitação em atenção clínica e educação de pacientes.

Fonte: Barceló A, Organização Pan-Americana da Saúde (comunicação pessoal, 2012)





Desenho do sistema de prestação de serviços



AÇÕES-CHAVE PARA O PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE

- Organizar a atenção à saúde com base na APS;
- Definir as funções e distribuir as tarefas entre os membros da equipe;
- Assegurar a atenção proativa e o acompanhamento periódico;
- Usar a estratificação de risco;
- Providenciar manejo de caso ou um coordenador de atenção para pacientes com doenças complexas;
- Oferecer atenção de maneira que os pacientes compreendam e esteja de acordo com seu contexto cultural;
- Criar redes integradas de prestação de serviços de saúde.

EXEMPLO DE INTERVENÇÕES EFETIVAS

- ✓ Auditoria de prontuários e retroalimentação (73)
- ✓ Atribuição a um profissional clínico das funções de automanejo, apoio a decisões e planejamento do sistema de atenção (74)
- ✓ Implementação de um plano de alta estruturado e personalizado (75)
- ✓ Diretrizes e formulários para encaminhamento (76)
- ✓ Convocação planejada periódica dos pacientes para as consultas (77)
- ✓ Programas de manejo de cuidados crônicos para diabetes (78)
- ✓ Programa em que enfermeiros comunicam-se frequentemente com o paciente (60)



É improvável que a elevação das expectativas para os sistemas de saúde sem a implementação de mudanças específicas tenha êxito. É preciso modificar o sistema propriamente dito em termos do desenho do sistema de prestação de serviços, outro componente do Modelo Cuidados Crônicos.

A melhoria da saúde das pessoas com DCNTs demanda a transformação de sistemas essencialmente reativos (que respondem principalmente quando uma pessoa está doente) em sistemas proativos e concentrados em manter a pessoa o mais saudável possível. A probabilidade de interação produtiva é maior quando há planejamento antecipado das consultas ou de outras interações e programação de consultas periódicas de acompanhamento.

As equipes multidisciplinares são outro componente crucial da atenção efetiva às DCNTs e incluem uma ampla gama de profissionais de saúde. As evidências indicam que a atenção por profissionais de saúde não médicos, quando há apoio, pode ser tão efetiva quanto a prestada por médicos (e, às vezes, melhor) (79-80).

As RISS (descritas anteriormente) constituem um bom método para reestruturar a atenção às DCNTs. Essas redes enfatizam a importância da APS multidisciplinar com cobertura para toda a população, serve como porta de entrada no sistema e integra e coordena a atenção à saúde em todos os ní-

veis, além de satisfazer a maioria das necessidades de saúde da população (40).

Os pacientes com condições e/ou necessidades de atenção mais complexas frequentemente beneficiam-se dos serviços de manejo clínico ou gestão de casos por enfermeiros gerentes e agentes comunitários de saúde, que fazem o acompanhamento de perto e ajudam a aumentar a adesão (81-82). Com frequência, o manejo ou gestão de casos fica a cargo de um coordenador de atenção, responsável por identificar as metas de saúde de um indivíduo e coordenar serviços e profissionais para alcançá-las. O coordenador de atenção pode ser um enfermeiro gerente, um assistente social, um agente comunitário de saúde ou uma pessoa leiga (83). Demonstrou-se que o manejo ou gestão de casos por uma pessoa que não seja a responsável pela APS ao paciente obtém resultados positivos em pessoas com condições crônicas (63, 84).

A Pirâmide de Risco de Kaiser Permanente (85) (ver Figura 3) foi usada em muitos países para ajudar a estratificar as pessoas com DCNTs e prestar diferentes níveis

de atenção à saúde. Nesse modelo, a atenção é dividida em três níveis. O nível 1, que compreende cerca de 70% a 80% da população clínica, oferece apoio ao automanejo, com ajuda colaborativa aos indivíduos e a seus cuidadores para desenvolver o conhecimento, as habilidades e a confiança para cuidar de si mesmos e de sua condição com eficácia. O nível 2 destina-se aos pacientes que necessitam de contato regular com a equipe multidisciplinar para garantir o manejo efetivo (cerca de 15% a 20% da população clínica). O manejo da atenção específica para a doença oferece às pessoas, com uma única necessidade complexa ou com múltiplas condições, serviços especializados e receptivos por meio de equipes multidisciplinares e de protocolos e planos específicos para suas doenças. O nível 3 é dirigido às pessoas que necessitam de apoio mais intensivo. Esse é o nível mais elevado da atenção. A atenção a pacientes de nível 3 emprega o manejo de casos voltado para a previsão, coordenação e atenção conjunta nas áreas de saúde e social.

A Pirâmide de Risco de Kaiser Permanente foi modificada para abranger questões como prevenção para toda a população, melhoria da saúde e promoção da saúde (ver Figura 4). Uma segunda camada na base da pirâmide é dirigida às desigualdades entre pessoas com alto risco de DCNT. Essa camada é denominada de nível zero e é importante para os serviços de saúde, de modo que se recomenda a implementação de prevenção primária nas unidades clínicas (86).

FIGURA 3. A Pirâmide de Risco de Kaiser Permanente

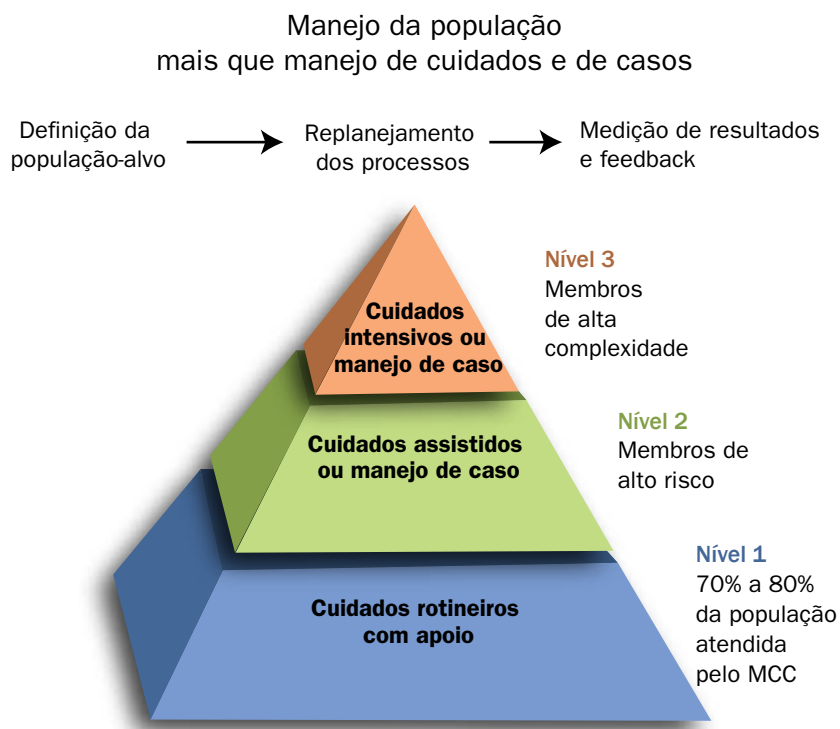
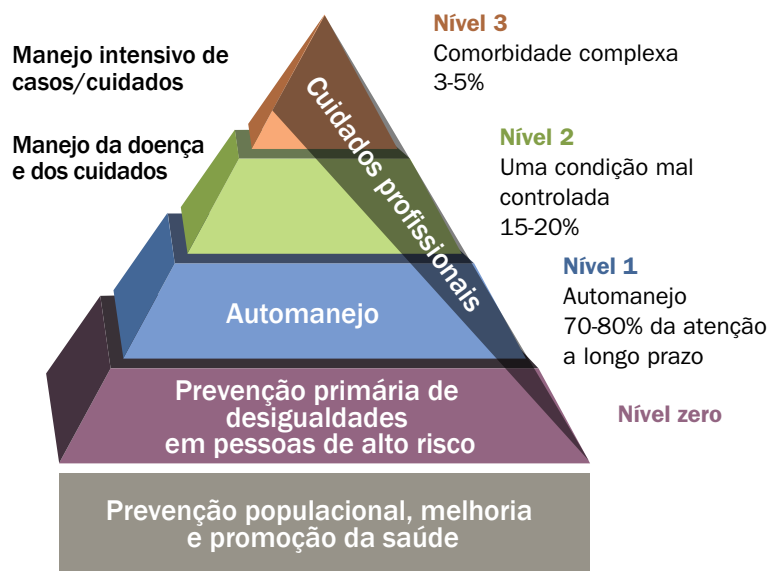


FIGURA 4. A Pirâmide de Risco de Kaiser Permanente Modificada





Estados Unidos: Enfoque nas pessoas com condições crônicas múltiplas

Em reconhecimento à prevalência, ao custo e às questões de qualidade de vida que afetam cidadãos dos Estados Unidos com condições crônicas múltiplas (CCMs), o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (Department of Health and Human Services, DHHS), em conjunto com centenas de interessados diretos externos, desenvolveu um Marco Estratégico para Condições Crônicas Múltiplas (Strategic Framework on Multiple Chronic Conditions) (www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf). Esse marco oferece

um guia para coordenar e orientar esforços nacionais com o objetivo de melhorar a saúde de indivíduos com CCMs. Divulgado ao público em dezembro de 2010, o Marco Estratégico para CCMs destina-se a abordar o desafio das CCMs em todos os grupos populacionais, com quatro metas principais:

1. Fomento de modificações da atenção à saúde e do sistema de saúde pública para melhorar a saúde de indivíduos com CCMs;
2. Maximização do uso de manejo de autocuidado e outros serviços com efetividade comprovada por pessoas com CCMs;
3. Fornecimento de melhores instrumentos e informações aos profissionais de atenção à saúde, de saúde pública e de serviço social que cuidam de indivíduos com CCMs;
4. Facilitação de pesquisas para preencher as lacunas de conhecimento sobre indivíduos com CCMs, além de intervenções e sistemas que os beneficiem.

Dentro de cada uma das quatro metas, o Marco Estratégico para CCMs aponta múltiplos objetivos e estratégias específicas. As estratégias são formuladas para orientar medidas que podem ser tomadas por provedores da área clínica e social, por profissionais de saúde pública e pela população para prevenir e reduzir a carga das CCMs. Desde sua publicação, os organismos do DHHS e os parceiros externos trabalharam para alinhar os respectivos programas, atividades e iniciativas em apoio às metas, objetivos e estratégias do marco. Atualmente estão em curso mais de cem iniciativas desse tipo. Entre os exemplos do impacto do marco estão numerosas subvenções para pesquisa e projetos de demonstração que se concentram na melhoria da atenção à população com CCMs; o novo sistema de medição da qualidade da atenção à saúde de pessoas com CCMs; e as mais de 100.000 pessoas que receberam apoio ao automanejo por meio desse programa, que é baseado no modelo do Programa de Automanejo de Doenças Crônicas (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP).

Fonte: Referência (87) e Parekh A., DHHS, Estados Unidos (comunicação pessoal, 2012).



Chile: Avaliação do manejo de casos por enfermeiros em pacientes com hipertensão e diabetes

Atualmente, há uma pesquisa em andamento no Chile para avaliar a eficácia do manejo por enfermeiros de casos de hipertensão e diabetes. A intervenção baseada na atenção primária consta de uma conduta padronizada para o planejamento de tratamento, coordenação de casos e monitoramento contínuo dos doentes. Equipes de atenção à saúde, coordenadas por um enfermeiro, são orientadas por programas organizados de atenção.

As informações clínicas são processadas por um sistema de informação. A clínica onde ocorreu a intervenção, Centro da Salud Familiar San Alberto Hurtado (CESFAM) (parte da Rede de Centros de Saúde Familiar Ancora [Red de Centros de Salud Familiar Ancora] da Pontifícia Universidade Católica do Chile), tem uma população de estudo de quase 2.000 pacientes. Os serviços dessa clínica estão sendo comparados aos de duas outras clínicas que oferecem a atenção habitual (o Centro de Salud Familiar “Malaquías Concha” em La Granja e o Centro de Salud Familiar “Trinidad”, em La Florida). As três clínicas têm uma população de estudo total de cerca de 4.000 pacientes. Cada uma delas conta com aproximadamente 80 trabalhadores de saúde. Os resultados do estudo ainda não estão disponíveis.

Fonte: Poblete Arrué F, Pontifícia Universidad Católica de Chile (comunicação pessoal, 2011).





Brasil: Rede HiperDia Minas

Em 2009, o Governo do Estado de Minas Gerais, no Brasil, iniciou a implementação de uma Rede Prioritária para pessoas com hipertensão, diabetes e doença renal crônica. Mais de 4.000 equipes de saúde da família participaram dessa iniciativa, trabalhando em 13 centros especializados de 15 regiões de saúde, com a cobertura de mais de 2 milhões de habitantes. A rede promove o uso de diretrizes e protocolos baseados em evidências, além de uma conduta de estratificação de riscos. Esses centros destinam-se a atender pacientes classificados como casos de alta complexidade. A criação da rede representa um investimento do governo de mais de US\$ 15 milhões. Os centros oferecem atenção contínua proativa planejada, assim como programas de educação continuada presenciais e a distância. Uma análise preliminar de um centro de saúde especializado (Santo Antônio do Monte) com mais de 700 pacientes encaminhados pelas equipes de saúde da família em vários municípios, relatou que a maioria dos portadores de hipertensão (87%) ou diabetes (71%) alcançou as metas de tratamento após três consultas médicas. Nenhum dos pacientes atendidos necessitou de hospitalização durante o período de um ano, o que indica uma economia em potencial.

Fonte: Alves, AC. Secretaria de Saúde de Minas Gerais, Brasil (comunicação pessoal, 2012)



Estados Unidos: Melhoria do manejo de doenças crônicas em pequenas clínicas de atenção primária no sul do Texas

No outono de 2007, 40 pequenas clínicas de atenção primária no sul do Texas, Estados Unidos, participaram de um projeto de cinco anos criado para melhorar os resultados da atenção ao diabetes mediante implementação mais adequada dos elementos do Modelo de Cuidados Crônicos. Para cada clínica designou-se um “assessor clínico”, que fez uma avaliação do local e, depois, colaborou com uma equipe da própria clínica para instituir mudanças destinadas a melhorar a atenção ao diabetes. Os assessores clínicos são pessoas que aprenderam métodos de melhoria da qualidade, reorganização do fluxo de trabalho e outras habilidades que os ajudam a atuar nos serviços de atenção primária. O assessor apresentava, para que a equipe escolhesse, uma série de ideias e sugestões de melhoria, que incluíam ampliação do apoio ao automanejo, reorganização da atenção em torno de consultas compartilhadas ou “consultas em grupo”, atenção mais proativa com adoção de um registro das doenças e dosagem de A1c por teste laboratorial remoto, entre outras. Os assessores visitaram cada clínica pelo menos uma vez por mês durante até um ano para auxiliar seu trabalho. As clínicas receberam um formulário de Avaliação da Melhoria dos Cuidados Crônicos para preencher no início e depois de decorrido um ano. Houve melhora das pontuações nas clínicas que dispunham de assessor, mas não nas clínicas que ainda não contavam com esse profissional. Ou seja, as clínicas com um assessor tiveram probabilidade muito maior de organizar e oferecer atenção compatível com o Modelo de Cuidados Crônicos que as clínicas sem esse apoio. Além disso, a porcentagem de pacientes com nível elevado de A1c (acima de 8,0) caiu de 32% para 28% em clínicas que trabalhavam com assessor, mas aumentou nas clínicas sem esse auxílio. Quando têm a oportunidade de ajustar e adaptar ao contexto local e aos seus recursos as estratégias de manejo do diabetes, as clínicas assessoradas são capazes de implementar o Modelo de Cuidados Crônicos de modo a melhorar a atenção ao diabetes e seus resultados.

Fonte: Parchman ML, Director, MacColl Center for Health Care Innovation (Centro para a Inovação da Atenção à Saúde). Group Health Research Institute, Seattle, WA. (comunicação pessoal, 2012)



Uruguai: Reorganização da atenção à saúde

O sistema de saúde do Uruguai foi surpreendido pelo rápido aumento da prevalência de DCNTs. Sua resposta inicial consistiu apenas em atividades esporádicas de prevenção e promoção da saúde. Recentemente, iniciou-se um programa piloto (“Previniendo”) para reorganizar os serviços de saúde pelo fortalecimento da APS. Hoje, o programa é aplicado em três das 19 regiões administrativas do país, com 13 centros de saúde e cobertura de uma população de 113.000 pacientes. O rastreamento de rotina abrange hipertensão, diabetes, sobrepeso/obesidade e câncer de cólon. O diagnóstico precoce facilita a atenção ao paciente de acordo com o nível de risco e baseia-se em diretrizes clínicas atualizadas. Também se implantou um sistema de informação. Menos de um ano depois da implementação, 12,6% da população-alvo foi examinada e 16,7% dos pacientes receberam acompanhamento. O programa será expandido a outros departamentos, uma vez que se confirmou o êxito dos resultados.

Fonte: Solá L, Ministério de Salud Pública, Uruguai (comunicação pessoal, 2011)





Apoio às decisões



AÇÕES-CHAVE PARA O APOIO ÀS DECISÕES

- Divulgar diretrizes com base em evidências para a atenção às DCNTs;
- Usar metodologia tecnicamente confiável para elaborar ou adaptar novas diretrizes;
- Avaliar as diretrizes existentes;
- Assegurar a atualização periódica das diretrizes baseadas em evidências;
- Incluir as diretrizes baseadas em evidências na prática clínica diária;
- Integrar a atenção por especialistas e a atenção primária;
- Usar a modalidade de atenção compartilhada;
- Usar métodos comprovados de educação dos trabalhadores de saúde;
- Compartilhar diretrizes e informações com os pacientes.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES EFETIVAS:

- ✓ Sistemas clínicos de apoio à decisão (88)
- ✓ Atenção guiada por diretrizes (89)
- ✓ Envio de boletim impresso com uma mensagem específica e clara que inclua a revisão sistemática das evidências (90)
- ✓ Atenção compartilhada para melhorar a prescrição (91)
- ✓ Reuniões educacionais, retroalimentação aos profissionais de saúde, materiais de aprendizagem e uso de recursos de apoio à decisão dos pacientes (92)
- ✓ Uso de sistemas computadorizados de apoio à decisão clínica na atenção primária (93)
- ✓ Assistência e apoio para a tomada de decisões clínicas (94)
- ✓ Atribuição da função de apoio às decisões a um profissional de saúde (74)

O próximo componente do MCC é o apoio à decisão, que abrange, entre outros elementos, a divulgação de diretrizes baseadas em evidências. Essas diretrizes devem ser implantadas e adequadamente divulgadas em todas as unidades de saúde e níveis de atenção. Equipes multidisciplinares devem elaborar (ou adaptar) e avaliar as diretrizes com base em evidências, com incorporação do ponto de vista do paciente. A Colaboração AGREE e a Colaboração ADAPTE são excelentes instrumentos para avaliar e adaptar as diretrizes clínicas. Além disso, o Manual da OMS para o desenvolvimento de diretrizes contém orientação passo a passo sobre os aspectos técnicos de sua elaboração em conformidade com os padrões internacionais (95).



As diretrizes devem ser integradas ao processo decisório dos trabalhadores de saúde por meio de lembretes impressos, regulamentos ou outras instruções (ver Tabela 2). Os trabalhadores de saúde e as equipes de atenção são beneficiados por aprendizagem baseada no estudo de problemas ou casos, detalhes acadêmicos (educação de campo orientada para o serviço) ou criação de modelos por especialistas. O apoio e a supervisão permanente por parte daqueles que estão familiarizados com as normas para atenção às DCNTs é outro aspecto desse componente que fortalece o apoio à decisão. A atenção colaborativa ou compartilhada, na qual se realizam consultas e interven-

ções conjuntas com profissionais de atenção primária e especialistas em DCNTs, é um método de eficácia comprovada para consolidar novas habilidades. Além do treinamento apropriado, é preciso que os trabalhadores de saúde tenham acesso aos medicamentos, serviços e procedimentos descritos nas diretrizes. A atenção compartilhada foi definida como a participação conjunta de médicos de atenção primária e especialistas na assistência médica planejada, com base em um melhor intercâmbio de informações além das observações rotineiras de alta e encaminhamento (91). Demonstrou-se que a atenção compartilhada pode melhorar a qualidade dos cuidados nas condições crônicas.

A colaboração AGREE

Para abordar a questão da variabilidade da qualidade das diretrizes clínicas (DC), uma equipe internacional de desenvolvedores de DC e pesquisadores (a Colaboração AGREE) criou o Instrumento para Avaliação de Diretrizes Clínicas (AGREE), que avalia o processo de elaboração de diretrizes clínicas e a qualidade dos relatórios. Desde a sua publicação original em 2003, esse instrumento levou ao avanço da ciência de avaliação das DC e tornou-se rapidamente o padrão para avaliação e desenvolvimento de DC. O Centro de Recursos AGREE contém informações sobre diretrizes clínicas, instrumentos de treinamento, publicações relacionadas com o AGREE e traduções do AGREE.

Fonte: Colaboração AGREE. Disponível em <http://www.agreetrust.org/>. Consultado em 28 de fevereiro de 2013.

A colaboração ADAPTE

A Colaboração ADAPTE é uma colaboração internacional de pesquisadores e de desenvolvedores e implementadores de diretrizes com o objetivo de promover a elaboração e o uso de diretrizes pela adaptação de diretrizes existentes. A principal tarefa do grupo é desenvolver e validar um processo genérico de adaptação que fomentará diretrizes adaptadas válidas e de alta qualidade, bem como o sentimento de posse da diretriz adaptada por parte dos usuários.

Para conhecer mais sobre a Colaboração ADAPTE e seu processo e para obter informações atualizadas sobre ela, entre em contato: e-mail: contact@adapte.org, internet: www.adapte.org

TABELA 2. Aplicação das diretrizes na prática: uso da conduta de apoio à decisão no exame do pé diabético

PROCESSOS DAS DIRETRIZES PARA EXAME DO PÉ DIABÉTICO	RESPONSÁVEL	QUANDO/COMO/POR QUE
Colocação de adesivo com a figura de um pé no prontuário de todos os pacientes com diabetes	Recepcionista	Durante o registro/por orientação do médico/depois de um novo diagnóstico
Verificação da data do último exame dos pés	Assistente de médico ou profissional que verifica os sinais vitais	Consulta à folha de evolução. Exame anual, exceto se houver especificação contrária.
Retirada de calçados e meias (se for o caso)	Assistente de médico ou profissional que verifica os sinais vitais	A data do último exame determina a retirada de meias e calçados
Explicação do exame dos pés (quando necessário)	Assistente de médico ou profissional que verifica os sinais vitais	Durante a retirada de calçados e meias e a verificação de outros sinais vitais
Colocação de monofilamento sobre o prontuário	Assistente de médico ou profissional que verifica os sinais vitais	Assegura que o profissional tenha o equipamento apropriado à mão
Realização do exame de avaliação da sensibilidade	Profissional capacitado (enfermeiro, assistente de médico, médico)	Resultados registrados na folha de evolução

Fonte: Reproduzido da referência (96).



Argentina: Plano integrado de atenção para diabetes e saúde cardiovascular

A intervenção aplicou o MCC e uma série de instrumentos para atenção às DCVs, incluindo estratificação de risco baseada em evidências e diretrizes de tratamento, prontuários médicos e materiais de apoio ao automanejo. Mais de 3.000 sessões de treinamento foram realizadas em 10 províncias argentinas. Os resultados preliminares mostraram aumento significativo da qualidade dos indicadores de atenção após um ano em comparação com os níveis iniciais, incluindo o registro de risco cardiovascular global (0%–45%), IMC (11%–41%) e tabagismo (20%–56%).

Fonte: Laspiur S, Ministério da Saúde, Argentina (comunicação pessoal, 2012)



Costa Rica: Uso de sistema de vigilância de fatores de risco para melhorar a implementação de diretrizes

A Costa Rica está usando diretrizes clínicas para ajudar a padronizar o manejo e a atenção a pessoas com diabetes, hipertensão e dislipidemia (96). As diretrizes são atualizadas periodicamente e estão sendo implementadas em todo o sistema de saúde pública, que cobre 93% da população. Um sistema nacional de vigilância em saúde ajuda a estabelecer a extensão da implementação dessas diretrizes. Entrevistou-se uma amostra representativa de adultos para medir a prevalência de fatores de risco na população costarriquenha e para monitorar o acesso à atenção e o controle das principais doenças crônicas. Os resultados da pesquisa revelaram que 9,5% da população tinha diabetes, de diagnóstico recente ou anterior; 31,5% tinham hipertensão, de diagnóstico recente ou anterior; 25,9% eram obesos; e 50% mantinham baixo nível de atividade física. Dentre as pessoas com diagnóstico de diabetes e hipertensão, respectivamente 91,6% e 87,6% tinham acesso aos serviços de saúde pública. Em termos gerais, considerou-se que 46,4% das pessoas com diabetes e 76,1% das pessoas com hipertensão tinham bom controle de suas condições. Esse programa nacional caracteriza-se por dois componentes do MCC que geralmente estão associados: 1) o apoio à decisão, com uso de diretrizes consolidadas na prática clínica habitual e continuamente atualizadas, e 2) os sistemas de informação clínica (ver seção abaixo), que nesse caso haviam sido estabelecidos por meio do sistema de vigilância existente no país.

Fonte: Referência (97).



El Salvador: Rastreamento do câncer do colo do útero

Implementou-se uma intervenção em 14 centros de saúde em uma área semirural, com população de 17.550 mulheres de 30 a 59 anos. O objetivo era melhorar os serviços de rastreamento e diagnóstico do câncer do colo do útero mediante melhoria contínua da qualidade e uma estratégia de divulgação. A intervenção implicava a participação das esferas política, de prestação de serviço e comunitária em ciclos de melhoria de qualidade, facilitando vínculos entre os processos de trabalho, e de um grupo de controle de qualidade. Durante um ano, 3.408 mulheres foram submetidas a exame de rastreamento pela primeira vez na vida; amostras cervicais insatisfatórias foram reduzidas pela metade; o tempo de entrega dos resultados foi reduzido em quase um terço; e o acompanhamento de mulheres com resultados positivos aumentou de 24% para 100%.

Fonte: Referência (98).



Brasil: Laboratório de inovação em Curitiba

Os objetivos do Laboratório de Inovação de Curitiba, no estado de Paraná, são produzir e difundir conhecimento sobre doenças crônicas, bem como desenvolver experiências práticas e soluções inovadoras no manejo de doenças crônicas. O programa é formulado para melhorar o manejo da hipertensão, do diabetes e da depressão na atenção primária e é coordenado por grupos selecionados nos diversos níveis administrativos na cidade de Curitiba. Esses grupos revisam periodicamente as diretrizes e protocolos para a prestação de serviços de prevenção, aconselhamento relativo ao comportamento e apoio ao automanejo. Práticas clínicas inovadoras estão sendo testadas em um piloto realizado em 12 clínicas (seis delas aplicam o novo modelo e as outras seis oferecem os cuidados usuais). O novo modelo de atenção é uma adaptação do Modelo de Cuidados Crônicos às condições locais e nacionais. Para a implementação do piloto, equipes de atenção primária à saúde participaram de seminários sobre o novo modelo de cuidados das condições crônicas, bem como de treinamentos para melhorar as habilidades clínicas de manejo do pé diabético, uso de insulina, rastreamento e manejo da depressão, apoio ao autocuidado e consulta médica em grupo. As atividades para implementação do Laboratório de Curitiba incluem um programa de Apoio ao Automanejo, assim como avaliações por meio dos questionários ACIC e PACIC, que foram adaptados para a cultura local. A avaliação do Laboratório de Inovação de Curitiba está em andamento.

Fonte: Referência (99) e da Veiga Chomatas, ER (comunicação pessoal, 2012).



Honduras: Treinamento de equipes de atenção à saúde para manejo de síndrome metabólica em pacientes de alto risco

Em 2001, o Instituto Nacional Cardiopulmonar (INC) de Tegucigalpa iniciou um projeto de demonstração de estratégias para a prevenção e a melhoria do manejo do diabetes, da hipertensão e da DCV. Realizou-se uma intervenção de educação, com avaliação dos resultados após 18 meses. Os resultados positivos levaram à expansão dos serviços pela criação de uma clínica especializada. Uma equipe multidisciplinar de nove profissionais de saúde, que contava com médicos, enfermeiros, nutricionistas, especialistas em atividade física, psicólogos e assistentes sociais, foi treinada para o manejo da síndrome metabólica em pacientes de alto risco. O projeto obedeceu a protocolos clínicos e todos os pacientes receberam educação relacionada com a saúde. Os pacientes participantes alcançaram bom controle da pressão arterial, mudanças do estilo de vida e adesão ao tratamento. A clínica tratou com êxito 4.400 pacientes até o momento.

Fonte: Palma R, Fundación Hondureña de Diabetes, Honduras (comunicação pessoal, 2012).





Sistemas de informação clínica

AÇÕES-CHAVE PARA SISTEMAS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

- Monitorar a resposta ao tratamento;
- Supervisionar indivíduos e grupos de pacientes;
- Providenciar lembretes oportunos para profissionais e pacientes;
- Identificar subpopulações que necessitam de atenção preventiva;
- Facilitar o planejamento da atenção a pacientes individuais;
- Compartilhar informações com pacientes e profissionais para coordenar a atenção;
- Monitorar o desempenho da equipe clínica e do sistema de atenção;
- Usar lembretes do plano de cuidados.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES EFETIVAS

- ✓ Introdução de tecnologia da informação em saúde, em especial de prontuários médicos eletrônicos (100)
- ✓ Realização de auditorias periódicas dos prontuários médicos (101)
- ✓ Feedback aos profissionais sobre a qualidade da atenção (101)
- ✓ Lembretes informatizados nas unidades de atenção (63, 102)
- ✓ Manejo conjunto de casos de diabetes (84)
- ✓ Educação, lembretes e intervenções de apoio para diabetes (84)
- ✓ Intervenções administrativas para melhorar a convocação periódica planejada dos pacientes (60)
- ✓ Revisão dos pacientes por um sistema informatizado central (60)



Os sistemas de informação clínica organizam dados sobre pacientes individuais e populações clínicas inteiras para ajudar a identificar as necessidades dos pacientes, planejar a atenção ao longo do tempo, monitorar as respostas ao tratamento e avaliar os resultados relativos à saúde; portanto, são o coração do manejo efetivo das doenças crônicas (MDC). Os sistemas de informação clínica devem estar o máximo possível integrados ao sistema geral de informações de saúde.

As tecnologias digitais de informação estão disponíveis em muitos serviços de saúde, sobretudo em áreas urbanas. É possível usar essa capacidade, ainda que limitada, para implantar sistemas de informação clínica que podem ser otimizados para servir a vários propósitos no manejo das DCNTs. Nos locais onde não for possível a manutenção de registro eletrônico, pode-se usar sistemas de registro em papel para muitas funções básicas, como monitorar o tratamento e os resultados de cada paciente, lembrar os profissionais de saúde sobre os planos de atenção e fornecer informações sobre a prevalência de condições na população clínica (103).

Em geral, o monitoramento de pacientes, tanto por registro em papel quanto eletrônico, usa registros individuais dos pacientes que, posteriormente, são reunidos para fornecer informações sobre a população clínica. O sistema também pode gerar lembretes oportunos para os pacientes e os profissionais com o objetivo de apoiar a adesão e as estratégias de melhoria. Além disso, ao resumir variáveis de processo e de resultados, a organização de atenção à saúde pode comparar dados clínicos, médicos e de grupos de pacientes, o que facilita iniciativas de melhoria da qualidade. Características específicas do sistema de informação clínica recomendadas para o manejo das doenças crônicas também podem ser adequadas para o manejo de outras doenças e condições.

Sistema eletrônico de manejo de doenças crônicas

Um dos mais conhecidos sistemas de informação clínica é o Sistema Eletrônico de Manejo de Doenças Crônicas (Chronic Disease Electronic Management System, CDEMS). O CDEMS é um software de código aberto desenvolvido pelo Programa de Prevenção e Controle do Diabetes do Estado de Washington em 2002. Pode ser usado por várias unidades de saúde, inclusive os centros de saúde comunitários, clínicas de atenção primária, clínicas rurais e hospitais. O sistema facilita o planejamento da atenção à saúde de pacientes individuais, fornecendo lembretes oportunos para os pacientes e os profissionais de saúde; permite análises populacionais da atenção aos pacientes com condições crônicas; acompanha o desempenho dos trabalhadores e dos sistemas de saúde; além de fornecer modelos simples para relatórios personalizados. O CDEMS é altamente personalizável e facilmente adaptado para monitorar diferentes doenças e condições de saúde, inclusive doenças transmissíveis e problemas de saúde maternos e infantis.

Fonte: Referência (104).



Foto: Photl.com



Argentina: Ampliação do uso de sistemas de informação clínica

O Hospital Universitário Austral, em Pilar, está executando um projeto de três anos voltado para a implementação de um sistema integrado de informação clínica constituído de registro eletrônico de saúde, sistema informatizado de prescrição médica e sistema administrativo integrado para a rede de serviços de saúde. O sistema facilita a comunicação digital com os pacientes, controla exames e procedimentos, oferece informações sobre diagnósticos e resultados de tratamento por meio eletrônico, controla prescrições eletrônicas (somente para pacientes hospitalizados, em virtude da legislação vigente), administra registros de saúde e cria lembretes automáticos.

Fonte: Referência (105).



Espanha: Serviço de teleassistência no País Basco

O Serviço Público de Teleassistência é um projeto implementado pelo governo basco com o objetivo de promover a melhoria da atenção domiciliar e da participação comunitária para idosos e pessoas com incapacidade. Desde dezembro de 2011, os mais de 25.000 usuários desse programa receberam um aparelho sem fio que possibilita assistência, aconselhamento e controle de consultas, com médicos ou enfermeiros, à distância. Por meio desse programa, são realizadas cerca de 1.000 consultas a distância por mês; 30% dos casos são resolvidos sem consulta médica e 97% são atendidos em menos de 20 segundos.

Fonte: Referência (106).



Brasil: Promoção do monitoramento do diabetes. O Projeto QualiDia.

Uma intervenção com uso do Modelo de Cuidados Crônicos foi desenvolvida em 10 municípios brasileiros sob a coordenação do Ministério da Saúde, com a participação da Organização Pan-Americana da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). O projeto abrangia 145 unidades de saúde, com 3.469 profissionais do ramo (266 equipes de saúde) e uma população-alvo de um milhão de habitantes. As atividades do projeto incluíam assessoria, mobilização da comunidade, avaliação contínua e implementação de um programa de melhoria da qualidade da atenção ao diabetes. Os resultados foram medidos por aplicação dos questionários ACIC antes e depois da intervenção e indicaram modesta melhoria dos seis componentes do Modelo de Cuidados Crônicos quando se compararam as medidas iniciais e finais.

Fonte: Meiners M., Universidade Federal de Brasília, Brasil (comunicação pessoal, 2013).



Costa Rica: Melhoria da qualidade da atenção ao diabetes em Goicochea 1, San José.

Esse projeto foi desenvolvido entre 2005 e 2007 em clínicas da área de saúde Goicochea 1, em San José, capital da Costa Rica. O objetivo da intervenção era melhorar a qualidade da atenção aos portadores de diabetes mediante intervenções amplas com uso do Modelo de Cuidados Crônicos e da metodologia da Série de Avanço Inovador (BTS) do Instituto para Melhoria da Atenção à Saúde (IHI). As atividades de melhoria da qualidade incluíam treinamento no manejo clínico do diabetes, prevenção do diabetes e educação; implementação de um sistema de informação clínica; criação de grupos de autoajuda; além da implementação de um programa de prevenção voltado para a saúde cardiovascular. Houve ainda outros esforços para melhorar a coordenação em toda a rede de atenção, dentro dos centros e com outros níveis da atenção. Os resultados foram medidos pelo monitoramento de 450 pacientes selecionados aleatoriamente. A análise de dados indicou que a proporção de pacientes com bom controle glicêmico ($A1c < 7\%$) aumentou de 31% para 51% entre o início e o fim da intervenção.

Fonte: Ramírez L, Tuckler N, Área de Saúde Goicochea 1 (comunicação pessoal, 2011)





Organização da atenção à saúde

AÇÕES-CHAVE PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Apoiar ostensivamente a melhoria em todos os níveis da organização, a começar pela equipe de comando;
- Promover estratégias efetivas de melhoria da qualidade voltadas para a modificação ampla do sistema;
- Incentivar o tratamento transparente e sistemático de erros e problemas de qualidade para melhorar a atenção;
- Conceder incentivos (financeiros ou de outro tipo) com base na qualidade da atenção;
- Desenvolver consensos que facilitem a coordenação interna e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de atenção.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES EFETIVAS

- ✓ Estruturação do monitoramento de fatores de risco e de prescrições (77)
- ✓ Programas de ampla atenção ambulatorial (107)
- ✓ Uso do Modelo de Cuidados Crônicos como estrutura para intervenções dirigidas à melhoria da adesão ao tratamento da asma (108)
- ✓ Intervenções centradas em fatores de risco específicos ou em dificuldades funcionais para portadores de múltiplas condições crônicas (109)
- ✓ Incentivos financeiros, em particular a modalidade de incentivos financeiros a grupos (110-111)
- ✓ Intervenções profissionais multifacetadas (60)
- ✓ Melhoria do desempenho de profissionais da saúde (60)
- ✓ Estratégia de melhoria da qualidade de atenção à hipertensão com participação de médicos e outros membros de equipe (112)



O componente de organização da atenção à saúde do MCC é uma parte importante do modelo que abrange os componentes da prática clínica descritos anteriormente e recorre ao uso da liderança e da concessão de incentivos para melhorar a qualidade da atenção.

Os líderes têm papel importante na identificação de falhas, na proposição de objetivos claros de melhoria e na implantação de políticas e estratégias, que incluem o uso de incentivos, para incentivar a ampla modificação do sistema. As organizações efetivas de atenção à saúde evitam erros e outras falhas de qualidade por notificação e estudo

dos erros e por modificações apropriadas de seus sistemas. Com a inclusão desse componente, o MCC reconhece que só haverá melhoria da atenção a pacientes com DCNTs se os líderes do sistema — tanto privado quanto governamental — fizerem dele uma prioridade e assegurarem a liderança, os incentivos e os recursos necessários para a melhoria.



Estados Unidos: Atenção médica centrada no paciente

Seguindo os princípios de atenção centrada no paciente estabelecidos pelo Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM), desenvolveu-se um modelo conhecido como Atenção Médica Centrada no Paciente (Patient-Centered Medical Home, PCMH) para oferecer atenção primária abrangente a adultos, adolescentes e crianças, com ampliação do acesso e melhoria da coordenação de atenção.

A Colaboração para a Atenção Primária Centrada no Paciente (Patient-Centered Primary Care Collaborative) é uma coalizão de grandes empresários, grupos de consumidores, organizações que representam médicos de atenção primária e outros interessados diretos que se uniram para promover a PCMH. A Colaboração acredita que a implementação da PCMH melhorará a saúde dos pacientes, assim como o sistema de atenção à saúde. De acordo com o plano da PCMH, os profissionais devem assumir responsabilidade pessoal e prestar conta da atenção permanente ao paciente; estar acessíveis rapidamente aos pacientes, por meio de horários ampliados e agendas abertas; ser capazes de realizar consultas por e-mail e telefone; utilizar a tecnologia de informação de saúde mais atual e condutas médicas baseadas em evidências; manter registros eletrônicos atualizados de saúde pessoal; realizar controles periódicos com os pacientes para identificar crises iminentes; iniciar medidas de tratamento/prevenção antes da necessidade de dispendiosos procedimentos de emergência; aconselhar os pacientes sobre atenção preventiva com base em fatores de risco ambientais e genéticos; ajudar os pacientes a tomar decisões saudáveis relativas ao estilo de vida; e coordenar a atenção, quando necessário, assegurando que os procedimentos sejam pertinentes, necessários e realizados com eficiência.

A reestruturação do reembolso da atenção primária é fundamental para o sucesso desse modelo. Os provedores são remunerados tanto pelas consultas presenciais quanto pelas consultas por e-mail e telefone. Também são reembolsados por serviços associados à coordenação da atenção e ao monitoramento de resultados de exames e procedimentos realizados por outros provedores. Em termos gerais, a remuneração é derivada de um modelo híbrido de pagamento que inclui honorários por serviços prestados, com base nas horas dedicadas aos pacientes, e incentivos e remuneração baseados em desempenho para obter melhorias contínuas e mensuráveis da saúde dos pacientes.

Fonte: Referência (113).



Brasil: Linhas de Cuidados em Diadema, São Paulo, Brasil

Essa iniciativa foi implementada no município de Diadema, São Paulo, com cerca de 400.000 habitantes e 19 centros de APS. O objetivo era ampliar a capacidade da estratégia de saúde da família para atenção a doenças crônicas (sobretudo diabetes e hipertensão) e treinar uma rede de provedores de saúde no manejo amplo e integrado de condições crônicas. As sessões de aprendizagem foram organizadas para melhorar a colaboração e a integração entre os membros da equipe de saúde. Os protocolos de tratamento para diabetes e hipertensão foram revisados e divulgados. Usou-se a Avaliação da Atenção às Doenças Crônicas (ACIC) para medir a capacidade e as práticas iniciais das equipes. Em termos gerais, considerou-se que o sistema municipal estava prestando “apoio básico” (com base em uma pontuação igual a 4, quando o máximo possível era 11) e que alguns centros prestavam “apoio razoavelmente bom” (7,7 pontos do total de 11). Os resultados pós-intervenção ainda não estão disponíveis.

Fonte: Referência (114).



Espanha: Desenvolvimento de um sistema proativo de atenção à saúde no País Basco

O País Basco, na Espanha, usou o conceito de cronicidade em suas principais políticas de saúde para introduzir transformações em todo o sistema. Desde 2009, estava em desenvolvimento um Sistema Proativo de Atenção à Saúde para manejo de serviços prestados a uma população de 2,5 milhões de pessoas. Essa transformação foi a resposta aos múltiplos desafios que afetam o sistema de saúde na Espanha e, em particular, no País Basco, como a aumento da demanda de serviços por idosos devido à transição epidemiológica, bem como a crise financeira local e nacional. O objetivo dessa transformação era criar um sistema de atenção que fosse proativo e colaborativo em vez de reativo e fragmentado. Uma série de atividades, implementadas por abordagens descendentes e ascendentes, está sendo usada para integrar o sistema em torno de três objetivos principais: 1) melhoria dos resultados de saúde e sociais; 2) ênfase na saúde da população; e 3) atenção eficiente e ótima. A abordagem descendente inclui uma série de atividades, tais como estratificação de risco, criação de um centro de teleatendimento, formação de uma comissão financeira mista, além de novos sistemas eletrônicos de prontuário e prescrição. A abordagem ascendente inclui programas baseados em centros de saúde, tais como manejo de casos por enfermeiros, empoderamento dos pacientes, coordenação da atenção de saúde e social, criação de um centro de atendimento a condições subagudas e promoção de atenção integrada.

Fonte: Rafael Bengoa (comunicação pessoal, 2013). Mais informações sobre esse processo de mudança estão disponíveis em inglês, francês e espanhol em <http://cronicidad.blog.euskadi.net/pagina-descargas/>. Consultado em 18 de fevereiro de 2013.







Recursos e políticas comunitárias

ACÇÕES-CHAVE PARA RECURSOS E POLÍTICAS COMUNITÁRIAS

- Incentivar os pacientes a participar de programas comunitários efetivos;
- Formar parcerias com organizações comunitárias para apoiar e desenvolver intervenções que preencham lacunas nos serviços necessários;
- Defender políticas para melhorar a atenção ao paciente e os centros de atenção comunitária;
- Designar um coordenador de atenção leigo;
- Providenciar apoio ao aut manejo e social.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES EFETIVAS

- ✓ Atenção domiciliar por programas de enfermeiros comunitários (115)
- ✓ Coordenador de atenção voluntário (116)
- ✓ Navegador de pacientes para rastreamento de câncer colorretal (117)
- ✓ Navegador de pacientes para câncer de mama (118)
- ✓ Educação por pares para câncer da próstata (116)
- ✓ Programa educacional com trabalhadores de saúde leigos para ampliar o rastreamento do câncer de mama (119)



Os recursos e as políticas comunitárias constituem o componente mais amplo do MCC. Esse componente compreende o sistema de saúde descrito anteriormente, assim como as famílias e os domicílios, os empregadores, as organizações religiosas, o entorno físico e social, diversos tipos de organizações comunitárias, serviços sociais e educacionais, entre outros interessados diretos.

Devido à natureza inerente das DCNTs, os indivíduos afetados passam a maior parte do tempo fora dos centros de atenção à saúde, vivendo e trabalhando em suas comunidades. Os sistemas de saúde que criam vínculos formais com suas comunidades aproveitam recursos inexplorados e ajudam a assegurar um ambiente sadio e favorável para os portadores de DCNTs. Os vínculos variam da colaboração livre ou esporádica à integração total entre organizações de saúde e serviços comunitários, na qual estes últimos podem ser aproveitados como parceiros na atenção à saúde.

A Região tem uma forte tradição na mobilização de recursos da comunidade para melhorar a atenção à saúde. Em muitos países, trabalhadores leigos comunitários de saúde (que vão desde voluntários até pessoas parcialmente remuneradas) têm funções importantes na comunidade com relação à prevenção e ao manejo das DCNTs. Os grupos comunitários organizados também têm uma longa tradição de apoio interpares a pessoas com DCNTs na Região.

Em muitas regiões geográficas, é possível fortalecer ainda mais os vínculos formais com recursos da comunidade para preencher lacunas na atenção, sobretudo aos pacientes mais velhos que, com frequência, necessitam tanto de serviços de saúde quanto sociais. Organizações não governamentais (ONGs), empreendimentos sociais e fundos de saúde podem prestar serviços que 1) unidades de saúde não oferecem, 2) o setor de saúde privado não considera parte de suas obrigações e 3) os pacientes não podem pagar. Os exemplos incluem instituições como associações contra câncer, diabetes e cardiopatia, que têm importante função de proteção e conscientização. Essas instituições operam com verbas públicas, doações e serviço voluntário, e os ganhos são reinvestidos no próprio serviço (120-121). O programa de navegação da Sociedade Americana contra o Câncer (American Cancer Society, ACS) é um excelente exemplo de uso de voluntários da comunidade como coordenadores de atenção (122).



Estados Unidos: Promoção do rastreamento e do tratamento oportuno pelo sistema de navegação de pacientes da Sociedade Americana contra o Câncer

As pessoas pobres enfrentam barreiras consideráveis na busca por rastreamento oportuno, diagnóstico e tratamento do câncer. A Sociedade Americana contra o Câncer (ACS) é uma organização de saúde comunitária dos Estados Unidos, com presença nacional e integrada por voluntários, dedicada a eliminar o câncer como importante problema de saúde, prevenindo-o, salvando vidas e diminuindo o sofrimento ocasionado por essa doença mediante pesquisa, educação, promoção da causa e serviços. A ACS elaborou um programa conhecido como Sistema de Navegação de Pacientes (Patient Navigation System, PNS) que se mostrou bem-sucedido no aumento do rastreamento e do tratamento oportuno. A navegação de pacientes na atenção ao câncer refere-se à prestação de assistência individualizada aos pacientes, às famílias e aos cuidadores para ajudar a superar as barreiras do sistema de saúde e facilitar o acesso oportuno à atenção médica e psicossocial de qualidade. A navegação de pacientes com câncer começa no pré-diagnóstico e continua durante todas as fases da doença; esse sistema pode e deve adotar diferentes formas em diferentes comunidades, de acordo com as necessidades dos pacientes, das famílias e das comunidades. Dentro de cada programa de navegação de pacientes, os interessados diretos — o sistema de saúde, o sistema comunitário, os “navegadores de pacientes” (geralmente leigos selecionados na comunidade), os consumidores e qualquer outra entidade participante — devem determinar conjuntamente como essa navegação será delineada e posta em prática. Os navegadores de pacientes devem garantir a eliminação de qualquer barreira encontrada pelo paciente ao buscar rastreamento, diagnóstico e tratamento. As barreiras mais frequentes estão relacionadas aos recursos financeiros, à comunicação, ao sistema médico, às emoções e ao medo.

Fonte: Referência (122).

Estados Unidos: Comunidades promovendo a prevenção

O programa Comunidades Promovendo a Prevenção (Communities Putting Prevention to Work, CPPW) foi criado pelo DHHS e é coordenado pelo CDC. A iniciativa é administrada localmente e apoia 50 comunidades em seus esforços para combater a obesidade e o tabagismo — duas importantes causas evitáveis de morte e incapacidade nos Estados Unidos. Mais de 50 milhões de pessoas — um em cada seis americanos — vivem em cidade, povoado, condado ou comunidade tribal beneficiada pela iniciativa, cujo fundamento é o conceito de que a combinação de cinco estratégias baseadas em evidências (“meios”, “acesso”, “informações no ponto de decisão”, “preço” e “apoio/serviços sociais”) pode melhorar os comportamentos de saúde por transformação do ambiente comunitário. As cinco estratégias baseadas em evidências, detalhadas em outra parte, são extraídas da literatura revisada por pares, bem como de sínteses elaboradas por especialistas a partir do Guia do CDC e de outras fontes revisadas por pares. Nos Estados Unidos, as comunidades locais e os estados realizaram intervenções bem-sucedidas com base nessa iniciativa. A expectativa é de que os participantes usem as cinco estratégias para planejar intervenções amplas e sólidas.

Fonte: Referência (123).





Paraguai: Engajamento de líderes da comunidade no manejo integrado do diabetes

No município de Missões, no Paraguai, uma área predominantemente rural com 100.000 habitantes, instituíram-se programas de treinamento de profissionais de saúde para o manejo integrado do diabetes. Além disso, líderes comunitários foram treinados para atuar como conexões entre a comunidade e os serviços de saúde.

Os resultados mostraram melhora generalizada de todos os indicadores. Observou-se melhora do controle do diabetes 12 meses depois do início do estudo, com queda da glicemia de jejum média de 270 mg/dL para 171 mg/dL e queda do nível médio de A1c de 11,3% para 7,2%.

Fonte: Cañete F, Ministerio de Salud, Paraguai (comunicação pessoal, 2012)



Estados Unidos: Melhoria da atenção ao diabetes na Clínica Campesina

Um exemplo de implementação bem-sucedida do método BTS é um projeto da Clínica Campesina, nos Estados Unidos, que atende uma população de 15.000 pacientes (152). Quarenta por cento dos pacientes são hispânicos, 50% não estão assegurados e 100% são subatendidos por serviços médicos. O manejo do diabetes foi identificado como uma área oportuna para melhoria. O método BTS foi usado para promover uma mudança rápida no manejo dessa condição crônica. Ao fim do período de estudo, observou-se redução média do nível de A1c de 10,5% para 8,5% nos pacientes. Essas melhorias clínicas ocorreram sem uso de outros recursos (153).

Fonte: Referência (154).



Bolívia: Enfrentamento dos fatores de risco para DCNTs por meio de um programa comunitário

Um programa nacional para enfrentar os fatores de risco para diabetes, hipertensão, DCV e câncer foi implantado nos nove departamentos da Bolívia. Esse programa, conhecido como “Puntos VIDA”, promove hábitos saudáveis com relação ao consumo de álcool, ao tabagismo, à atividade física, à alimentação e ao controle do peso. Os membros da comunidade também têm acesso à verificação periódica da pressão arterial, do peso e do índice de massa corporal (IMC). As pessoas consideradas de maior risco são encaminhadas ao centro de saúde mais próximo. Puntos Vida é um programa comunitário que emprega voluntários e estabelece parcerias com organizações comunitárias estratégicas, como as universidades, os Lions Clubs (clubes de serviço voluntário) e a polícia. O programa foi lançado inicialmente em três departamentos e, mais tarde, ampliado para as capitais dos nove departamentos. Há demanda atual para ampliá-lo ainda mais para outras cidades do país. É caracterizado por vínculos muito estreitos entre a comunidade e os centros de saúde e aproveita uma série de recursos da comunidade, inclusive equipes de voluntários, o que torna viável sua reprodução em outros locais com poucos recursos.

Fonte: Caballero D, OPAS Bolívia (comunicação pessoal, 2012)



México: Projeto Caminho para a Saúde na fronteira EUA-México

Caminho para a Saúde é um projeto de intervenção comunitária implementado por agentes comunitários de saúde, treinados em prevenção e gerenciamento de doenças crônicas. Os objetivos do projeto são prevenção de doenças crônicas, melhorar a detecção precoce de fatores de risco entre as pessoas com obesidade e sobrepeso assim como fortalecer a capacidade institucional das unidades de saúde na atenção primária para melhorar a qualidade da atenção. O projeto tem duas componentes, a primeira é a intervenção com os promotores de saúde que desenvolvem um programa educacional para pessoas selecionadas na comunidade, e a segunda é a avaliação por meio da medição dos fatores de risco em pessoas que receberam a intervenção. Caminho para a Saúde está sendo implementado em três locais ao longo de Cidade Juarez, Reynosa e Tijuana. No total, foram treinados 50 promotores de saúde e 337 pessoas receberam a intervenção. Espera-se que os resultados da intervenção, que estará disponível em meados de 2013, demonstrando a viabilidade do uso de Promoção da Saúde para a detecção e prevenção de doenças não transmissíveis.

Fonte: Pérez Flores, E (comunicação pessoal, 2012)



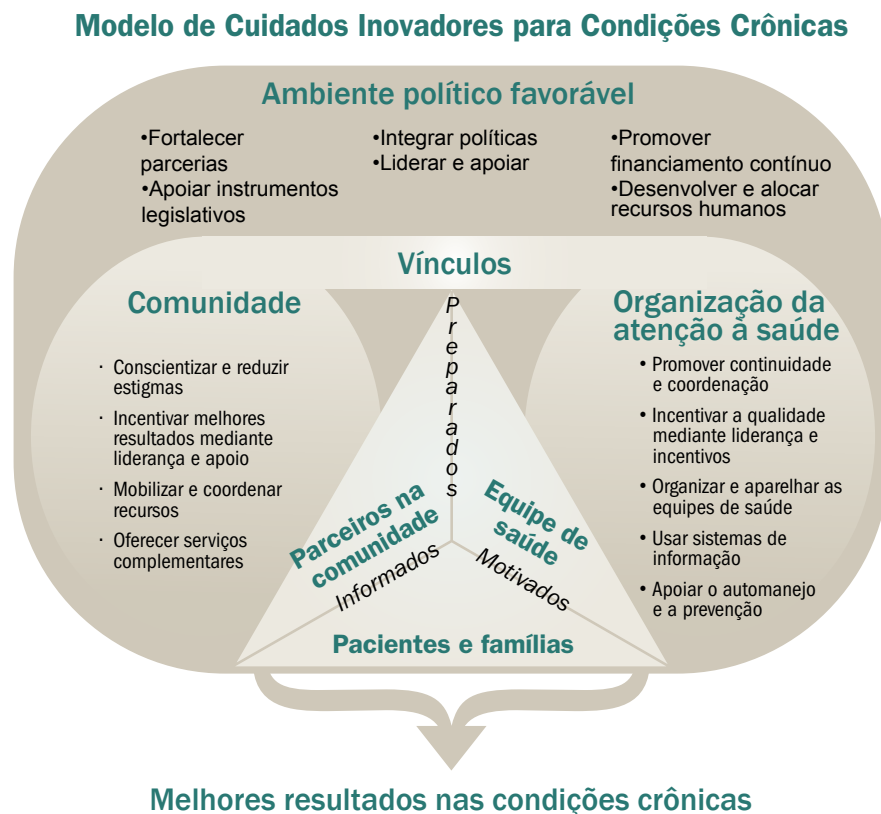
Para além do Modelo de Cuidados Crônicos

CONSERVAÇÕES DE NÍVEL MACRO

IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

A implementação bem-sucedida do MCC requer políticas de apoio e mecanismos de financiamento. Esses fatores de macronível não são detalhados no MCC propriamente dito, mas são abordados em sua adaptação, o modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC) da OMS (ver Figura 5) (31). Embora conceitualmente vinculado ao MCC, o modelo dos CICC reflete o contexto internacional de atenção à saúde e, portanto, enfatiza diferentes aspectos do que constitui a atenção de boa qualidade às DCNTs (32).

FIGURA 5. Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas



Um ambiente político favorável que apoie a atenção integrada às DCNTs é essencial para reduzir a carga desses problemas de saúde de longa duração. O financiamento, a legislação, os recursos humanos, as parcerias, a liderança e a promoção da causa são exemplos dos domínios políticos que influenciam a qualidade do manejo integrado das DCNTs.

Os Ministros de Saúde da Região das Américas, como membros dos Órgãos Diretivos da OPAS, aprovaram nos últimos anos estratégias e planos de ação dirigidos ao diabetes (124) e ao câncer do colo do útero (125). As doenças cardiovasculares (126) foram objeto de ampla consulta na Região das Américas.

INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Para alcançar o máximo impacto, a atenção às condições crônicas deve ser prestada no nível da atenção primária (126). Portanto, os elementos essenciais para a APS também são benéficos para a oferta de atenção de alta qualidade às condições crônicas. Esses elementos essenciais incluem (127-128):

- Cobertura e acesso universal
- Recursos
- Atenção ampla e integrada
- Ênfase em promoção e prevenção
- Atenção apropriada
- Atenção familiar e comunitária

- Mecanismos ativos de participação
- Estrutura jurídica e institucional
- Organização e gestão ótimas
- Políticas e programas pró-equidade
- Primeiro contato
- Recursos humanos apropriados
- Intersetorialidade

Os cuidados das condições crônicas devem ser centrados no paciente em toda a atenção primária. Um dos princípios da atenção centrada no paciente é pôr as pessoas em primeiro lugar, o que significa que o manejo da atenção ao paciente deve ser holístico (ou seja, considerar o contexto mais amplo, incluindo todos os problemas de saúde e as necessidades do indivíduo) (129). O manejo das DNTs não requer um programa vertical de serviço de saúde. Embora os programas verticais ou específicos para doenças tenham atraído uma grande quantia em financiamento, foram considerados inefetivos com base em diversas pesquisas (130). As plataformas existentes de prestação de serviços de saúde, como os programas de saúde para adultos ou para mulheres, podem ser usadas para integrar serviços de prevenção primária, de rastreamento e detecção precoce e de tratamento das DNTs. A integração dos serviços também requer vínculos efetivos e mecanismos claros de encaminhamento entre os serviços, possibilitando o manejo holístico dos pacientes em vez da atenção específica para a doença. Entretanto, se já houver programas específicos contra doenças, o sistema de saúde geral pode se beneficiar deles. Por exemplo, parte do apoio que gera programas específicos para doenças pode ser usada para reforçar a capacidade do sistema de atenção primária (131).

As pessoas procuram os centros de saúde em busca de atenção por uma grande variedade de motivos, e essas consultas são oportunidades para que os provedores de saúde façam o rastreamento de importan-

Enfoques populacionais e individuais da prevenção e tratamento de diabetes e obesidade

A Resolução Enfoques Populacionais e Individuais da Prevenção e Tratamento de Diabetes e Obesidade foi aprovada pelo 48o Conselho Diretor da OPAS, em setembro de 2008, em resposta à epidemia de obesidade e diabetes que afeta atualmente os países da Região. O principal obje-

tivo é conclamar os Estados Membros a priorizarem a prevenção da obesidade, do diabetes e dos fatores de risco comuns por meio da implantação e/ou do fortalecimento de políticas e programas, de sua integração ao sistema de saúde público e privado e do esforço para assegurar a alocação adequada de recursos para executar tais políticas e programas. Também realizou um processo de consulta para definir uma lista de prioridades para a implementação da resolução. A consulta incluiu a revisão de programas nacionais de combate ao diabetes e a outras doenças crônicas de diversos países, incluindo Argentina, Cuba e Paraguai, entre outros.

Esses programas foram usados como modelo para a lista de prioridades discutidas durante a oficina Diabetes nas Américas: Prioridades para o Fórum de Parceiros para Combater o Diabetes e a Obesidade nas Américas, realizada em Montreal, Canadá, em 20 de outubro de 2009. A lista de prioridades é publicada para ajudar os Estados Membros a prepararem planos de ação para combater o diabetes e a obesidade. Recomenda-se que os componentes do programa sejam adaptados às condições específicas dos países ou das organizações.

Fonte: Referência (124).



tes DCNTs, como hipertensão, diabetes, obesidade e diferentes tipos de câncer. Dessa forma, as DCNTs podem ser integradas à rotina da prestação de serviços de saúde. O aspecto mais importante desse tipo de atenção integrada é a maior oportunidade de acompanhamento, com atenção de qualidade contínua, das pessoas com diagnóstico recente ou

história pregressa de DNT. Os serviços integrados são uma maneira eficiente de atenção, já que o número de provedores de saúde comunitários no nível primário frequentemente é limitado.

Um enfoque centrado no paciente ou na pessoa como um todo significa oferecer atenção a todos os possíveis riscos para a saúde asso-

ciados ao indivíduo que consulta os serviços de saúde. A consulta nas clínicas de nível primário pode ser a única oportunidade de rastreamento e cuidados das DCNTs e, portanto, é importante não perder essa chance. De modo geral, a grande maioria da população adulta necessita de alguma ação relacionada com as DCNTs, e deve-se considerar qualquer evento ou doença aguda no contexto de condições ou riscos mais amplos aos quais a pessoa pode estar exposta.

A atenção especializada frequentemente é oferecida em unidades secundárias ou terciárias separadas da atenção primária. Acredita-se que a implementação de atenção especializada no âmbito da comunidade propicia melhor acesso e flexibilidade dos serviços. Entretanto, esse deslocamento do hospital para a atenção primária exige mais que a transferência dos serviços para a comunidade. Vários recursos comuns foram usados com êxito para deslocar a atenção do hospital para a comunidade, incluindo (132):

- Empoderamento das pessoas para que assumam responsabilidades
- Enfoque na mudança de comportamento profissional
- Treinamento para apoiar a equipe em novas funções
- Aumento das competências da equipe
- Investimento suficiente em serviços
- Prazos suficientes para testar os serviços
- Metas realistas
- Participação de todos os principais interessados diretos
- Enfoques globais
- Oferta de atenção com base nos níveis de necessidade
- Serviços que não sejam paralelos (competidores)
- Não supor que as mudanças reduzirão custos

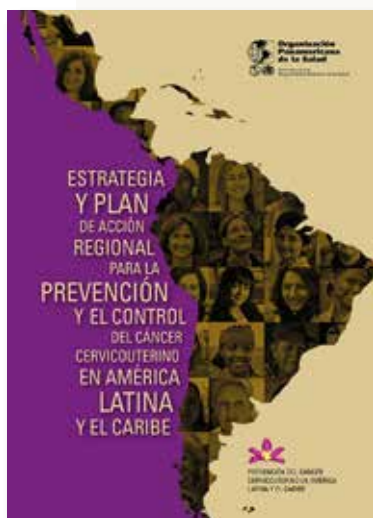
A atenção primária, considerada um “controlador de acesso” do paciente no sistema de saúde, pode ter um papel de coordenação na presta-

Estratégia regional e plano de ação para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero na América Latina e no Caribe

A estratégia regional e o plano de ação para a prevenção e o controle do câncer do colo do útero na América Latina e no Caribe têm como objetivo enfrentar a grande carga de doença e o limitado impacto dos atuais programas de rastreamento em áreas de poucos recursos. A estratégia descreve

condutas custo-efetivas disponíveis para a prevenção e o controle amplos do câncer do colo do útero, incluindo um pacote completo de serviços (educação sobre saúde, rastreamento, diagnóstico e tratamento) e, dependendo da viabilidade econômica, da sustentabilidade e do preparo do país, a vacinação contra o HPV. É necessária uma conduta integrada para a prevenção do câncer do colo do útero em todos os programas existentes de saúde de adolescentes, saúde sexual e reprodutiva, imunização e controle do câncer do colo do útero. O objetivo é fortalecer os programas e determinar se, e como, podem-se usar novas tecnologias e métodos — tais como novas técnicas de rastreamento; programas comportamentais, educacionais e preventivos; além de vacinas contra o HPV — para melhorar a efetividade dos atuais programas.

Fonte: Referência (125).



ção de outros tipos de atenção mediante interligação com a atenção secundária, os serviços especializados de diagnóstico e prevenção e os serviços comunitários (ver Figura 6).

FINANCIAMENTO

Com frequência, as DCNTs são detectadas em uma fase tardia, o que acarreta altos custos de tratamento e atenção. Como muitos países não são capazes de absorver esses custos, os pacientes e suas famílias costumam pagar pelo tratamento. Segundo pesquisas, 39% a 46% de todos os gastos com

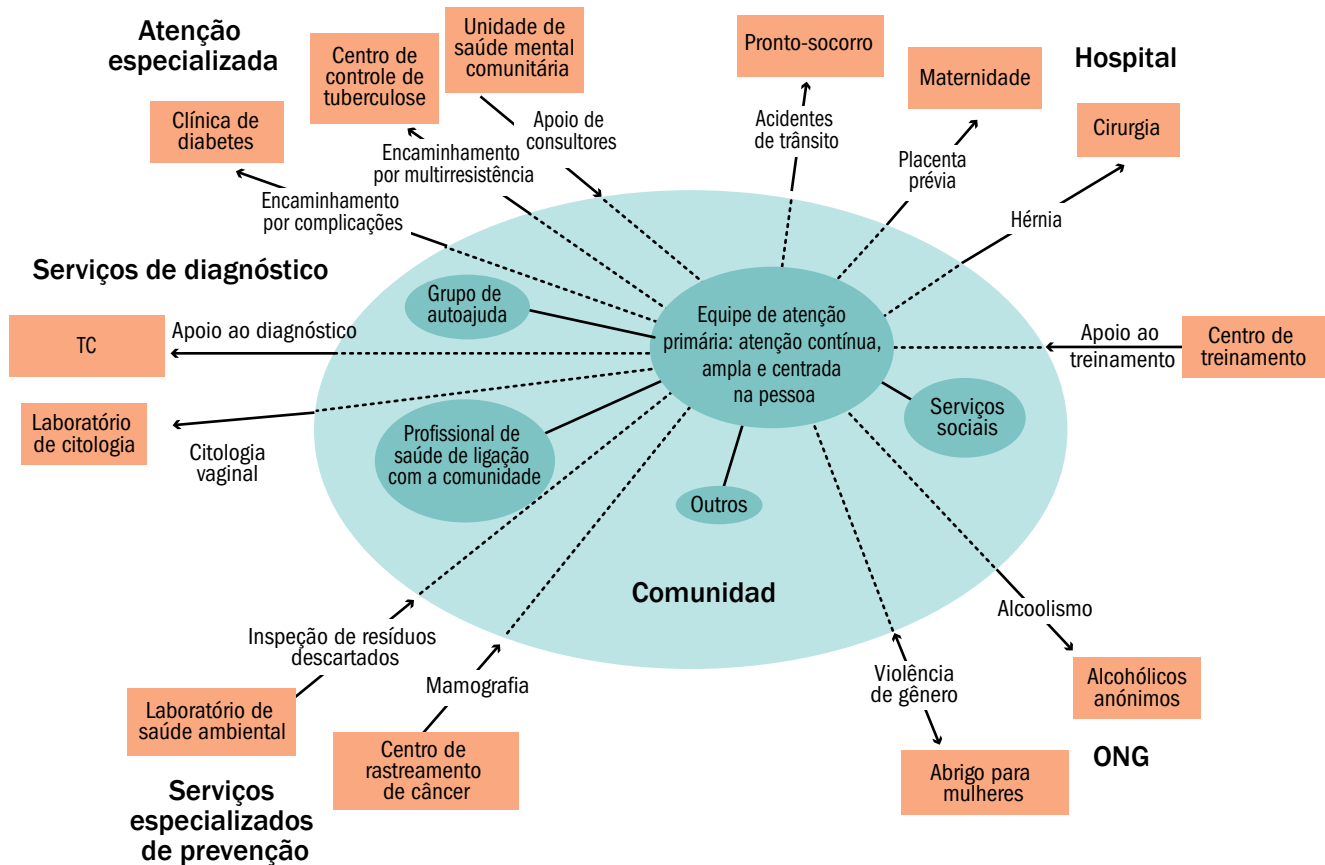
saúde são pagos com recursos próprios (135-137); quanto mais pobre é o país, maior é a proporção de pagamentos diretos. Um enfoque de promoção da saúde que reforce a prevenção das principais DCNTs e de seus fatores de risco é crucial para evitar esse alto ônus.

Dois elementos essenciais para melhorar a qualidade da atenção e os resultados clínicos são cobertura e atenção universal gratuita no centro de atenção à saúde (138). Na ausência desses recursos, os pacientes podem demorar a buscar atendimento por causa dos custos. O gasto exorbitante com saúde é um fator crítico para o empobrecimento das famílias (138). A cobertura universal contribui extraordinariamente para a redução das

desigualdades na saúde (140-141). Como disse a Dra. Margaret Chang, Diretora Geral da OMS "... a cobertura (de atenção à saúde) universal é o fator mais poderoso para alcançar a igualdade social" (142).

Os sistemas de pagamento por serviços prestados, comuns em alguns meios, são problemáticos para o manejo efetivo das doenças crônicas por duas razões importantes. A primeira é que esses sistemas geralmente não pagam os custos extras associados ao manejo mais efetivo, como o tempo gasto negociando os planos de tratamento com os pacientes ou coordenando sua atenção. Em segundo lugar, os trabalhadores de saúde que fazem um bom trabalho no manejo de seus pacientes perdem a oportu-

FIGURA 6. Atenção primária como núcleo da coordenação: criação de redes internas na comunidade atendida e com



Fuente: Adaptado (133 - 134)



Foto: OPAS

tunidade de obter receitas adicionais geradas por outras doenças e complicações. Da mesma forma, a remuneração por serviços prestados desencoraja o tipo de colaboração em equipe necessário para a atenção efetiva a doenças crônicas (143). O sistema de capitação, por outro lado, propicia maior flexibilidade que o pagamento por serviço prestado e poderia contribuir para a melhor implementação do tipo de inovação necessária para o manejo de doenças crônicas (MDC) (144).

Qualquer que seja o sistema de pagamento, os trabalhadores de saúde devem receber pelas funções estratégicas de MDC. Eles devem ser remunerados pelo tempo e pelos recursos investidos na prevenção de doenças crônicas (por exemplo, serviços dirigidos ao abandono do tabagismo ou controle do peso) e no aconselhamento de pacientes com doenças crônicas sobre o automanejo de suas condições e a prevenção de complicações (31). Os trabalhadores de saúde também devem ter direito à remuneração dos serviços prestados em domicílio ou na comunidade.

A prevenção e o controle efetivos das DCNTs exigem investimento a longo prazo em uma infraestrutura de saúde capaz de prestar serviços de prevenção, diagnóstico precoce e atenção. Outras decisões financeiras com base nos princípios de equidade e efetividade ajudarão a assegurar a alocação mais proveitosa de recursos escassos.

Todos os componentes financeiros devem ser usados como meio de incentivar a implementação de estratégias integradas de atenção à saúde. Esses componentes incluem:

- Arrecadação (inclusive fontes de financiamento);
- Comunhão de recursos (acumulação de fundos pré-pagos em prol de alguns ou de toda a população);
- Aquisição (mecanismos e acordos institucionais para alocar

recursos para provedores de serviço, tanto implícitos — por exemplo, dotação orçamentária dentro de hierarquias integradas — quanto explícitos — por exemplo, separação de demanda e oferta, na qual um “órgão comprador” paga aos provedores pelo que produzem).

O pacote de benefícios deve levar em conta as intervenções preventivas e oferecer cobertura para o manejo apropriado de sintomas agudos e a atenção a longo prazo (inclusive reabilitação e cuidados paliativos e de hospice). A assistência domiciliar também deve estar incluída.

O sistema de pagamento antecipado e compartilhamento do risco, no qual os pagamentos são feitos antes do surgimento da doença, pode ajudar a garantir acesso à assistência de saúde adequada e cobertura para todos. Esse sistema de pagamento é considerado um passo em direção à cobertura universal (138). Outras medidas, como o uso da receita de impostos sobre o consumo de tabaco e álcool, podem gerar receitas adicionais para a prevenção, entre as quais ações para desestimular esses comportamentos de risco (8, 138).

LEGISLAÇÃO

A legislação é um instrumento poderoso que os países podem usar para reduzir a exposição a fatores de risco para DCNTs, assegurar a qualidade da atenção aos pacientes, lidar com os determinantes sociais da saúde e defender os direitos humanos dos pacientes. Um exemplo de legislação que se mostrou efetiva é o das leis que restringem as vendas de tabaco e álcool e aquelas que limitam ou proíbem a publicidade do tabaco e seu uso em locais públicos. As leis que garantem o acesso à atenção e ao tratamento voluntário ajudam a proteger os direitos humanos, jun-

tamente com marcos regulatórios que protegem instituições e profissionais de saúde. As leis antidiscriminação que protegem as pessoas com DCNTs no âmbito da moradia e do emprego também são efetivas. A legislação relativa aos cuidados paliativos ajuda a garantir acesso apropriado à medicação oral para alívio da dor, como os analgésicos opiáceos, ao mesmo tempo em que protege a população contra seu uso ilícito.

Análises recentes (146-147) indicam que a legislação sobre obesidade, diabetes, DCV e seus fatores de risco aumentou com a epidemia crescente dessas doenças na Região. Regulamentações específicas relacionadas com a prevenção e o tratamento da obesidade estão em vigor na Argentina, no Brasil, na Colômbia, na Costa Rica e no México. Na Argentina e na Costa Rica, a obesidade é considerada uma con-

dição prioritária. A Colômbia considera a obesidade e as DCNTs associadas como prioridades de saúde pública e aprovou uma legislação para promover políticas intersectoriais de segurança alimentar, nutrição e atividade física. O Brasil tem várias regulamentações federais para a atenção coordenada às pessoas com obesidade no sistema de saúde pública, e os planos privados de seguro-saúde são obrigados a oferecer tratamento às pessoas com obesidade mórbida. Na Argentina, uma lei específica sobre DCV preceitua um sistema nacional de controle epidemiológico e estatístico das DCVs e regulamenta os rótulos dos alimentos com respeito à gordura saturada, o excesso de sal e o colesterol.

Embora todos os países da Região contem com legislação relacionada ao diabetes, as regulamentações variam em termos de

alcance. Equador, México, Paraguai e Uruguai têm regulamentações específicas e amplas. O Equador também tem uma estrutura legislativa ampla que garante acesso universal à proteção, prevenção, manejo e controle do diabetes.

Diversas análises sobre políticas e reformas legislativas que contribuíram para comportamentos mais saudáveis foram realizadas nos Estados Unidos. Um resumo delas é apresentado no Guia de Serviços Preventivos Comunitários (Guide to Community Preventive Services) dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (148), um recurso gratuito destinado a ajudar os gestores de saúde pública a selecionar programas e políticas para melhorar a saúde e prevenir doenças em suas comunidades. Os temas incluem toda a gama de doenças crônicas, incluindo diabetes, DCV e câncer.

Prioridades para a saúde cardiovascular nas Américas

O documento da OPAS Consulta regional: prioridades para a saúde cardiovascular nas Américas: principais mensagens para as autoridades políticas, que resume as prioridades na área de saúde cardiovascular, é o resultado de um processo de consulta amplo e centrado na prevenção em nível populacional, no controle integrado de riscos e doenças e na organização dos serviços de saúde.

As prioridades foram agrupadas em torno dos quatro pilares de ação da Estratégia Regional para DCNTs: 1) política pública e promoção da causa, 2) vigilância, 3) promoção de saúde e prevenção de doenças e 4) controle integrado de doenças crônicas e fatores de risco. Essas prioridades também são compatíveis com a

Agenda de Saúde para as Américas da OPAS e o Plano de Ação da OMS para a Estratégia Global contra DCNTs aprovado em 2008. Esse documento apresenta uma lista das prioridades para a área de saúde cardiovascular na Região — com base nas melhores evidências científicas disponíveis e em critérios de custo-efetividade, valor social e equidade —, que permitiria aos Estados Membros da OPAS dar prioridade às atividades de prevenção e controle de DCV nos seus planos nacionais de saúde e estimular a implementação da Estratégia Regional para DCNTs.

Fonte: Referência (126).



RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA

Há uma escassez mundial de trabalhadores de saúde qualificados para atender as diversas necessidades de saúde da população em geral. Além disso, a maior parte da força de trabalho atual foi treinada para tratar de enfermidades agudas, e não de problemas crônicos, que exigem diferentes competências e habilidades. Além disso, o modelo tradicional de atenção é centrado no médico, ao contrário da conduta multidisciplinar defendida pelo MCC.

O ideal é que a força de trabalho de saúde tenha o conhecimento e as habilidades definidas pelos

sistemas de saúde baseados na atenção primária como elementos básicos e essenciais (127). Essas competências fundamentais incluem, entre outras, a capacidade de promover o automanejo; oferecer atenção preventiva, baseada em evidências e curativa coordenada; incluir a família e comunidade no processo de atenção; estipular e negociar os objetivos com o paciente; proporcionar atenção como parte de uma equipe multidisciplinar; administrar as informações clínicas; e participar de educação médica continuada.

A necessidade de uma nova série de competências da força de trabalho está incluída nos MCC descritos anteriormente. É, portanto, essencial estabelecer a colaboração entre universidades, outras instituições de treinamento e organizações prestadoras de serviços



TABELA 3. Competências básicas identificadas pela OMS para os cuidados das condições crônicas (2005)

1. Atenção centrada no paciente

- Anamnese e comunicação efetivas
- Ajuda para modificar os comportamentos relacionados com a saúde
- Apoio ao automanejo
- Conduta proativa

2. Parcerias

- Parceria com os pacientes
- Parceria com outros provedores
- Parceria com as comunidades

3. Melhoria da qualidade

- Medida dos serviços de atenção e dos resultados
- Aprendizado e adaptação às mudanças
- Aplicação das evidências na prática

4. Tecnologia de informação e comunicação

- Planejamento e uso de registros dos pacientes
- Uso de tecnologia informatizada
- Comunicação com parceiros

5. Perspectiva da saúde pública

- Oferta de atenção dirigida à população
- Pensamento sistêmico
- Atuação em toda a sequência da atenção à saúde
- Atuação em sistemas com predomínio da atenção primária à saúde

de saúde para assegurar que os trabalhadores recebam treinamento apropriado e educação médica continuada para atender melhor as necessidades de saúde da população (127).

Uma revisão realizada pela OMS em 2005 identificou cinco competências para a prestação de cuidados crônicos efetivos (ver Tabela 3) (149-150). Essas competências foram escolhidas em parte por sua aplicabilidade a todos os trabalhadores de saúde, qualquer que seja a especialidade. O objetivo não era substituir as competências existentes, como a prática da atenção ética e baseada em evidências, mas ressaltar a necessidade de novas áreas de qualificação.

Primeiro, a força de trabalho de saúde tem que organizar a atenção em torno do paciente (ou seja, adotar uma conduta centrada no paciente). Nessa conduta, a prevenção e o manejo das doenças são considerados importantes, mas não têm prioridade sobre as necessidades e as expectativas das pessoas e das comunidades. A atenção principal está voltada para a pessoa, dentro do contexto da família, da comunidade e da cultura.

Em segundo lugar, os trabalhadores de saúde necessitam de habilidades de comunicação que lhes permitam colaborar com os outros. Eles precisam não só fazer parcerias com os pacientes, mas também trabalhar em estreita colaboração com outros provedores e unir-se às comunidades para melhorar os resultados de pacientes com condições crônicas. Essa competência requer grandes habilidades de comunicação, que incluem a capacidade de negociar, participar da tomada de decisão compartilhada, resolver problemas conjuntamente, definir objetivos, implementar ações, identificar pontos fracos e fortes, esclarecer funções e responsabilidades e avaliar o progresso. A aprendizagem pode não ocorrer somente na maneira tradicional de

uma intervenção educacional ou baseada em conhecimento, mas também em uma modalidade conhecida como aprendizagem recíproca. No contexto do Modelo de Cuidados Crônicos, a aprendizagem recíproca é um processo entre pares, no qual cada um aprende pelo compartilhamento com o outro em um processo iterativo. A aprendizagem recíproca foi relacionada com o grau de implementação do Modelo de Cuidados Crônicos e sugeriu-se que está relacionada com a qualidade geral da atenção. (151)

Terceiro, a força de trabalho necessita de habilidades de melhoria

da qualidade para garantir a promoção contínua da segurança e da qualidade da atenção ao paciente. Em geral, a melhoria da qualidade exige que os trabalhadores de saúde tenham objetivos bem definidos e saibam que modificações tendem a produzir melhores resultados e como avaliar seus esforços.

Quarto, a força de trabalho necessita de habilidades que ajudem a monitorar os pacientes ao longo do tempo, como a capacidade de usar e compartilhar informações por meio da tecnologia disponível. A utilidade desse tipo de competência para melhorar a atenção ao pacien-

Jamaica: Financiamento inovador pelo Fundo Nacional de Saúde

O Fundo Nacional de Saúde da Jamaica (“o Fundo”) é um exemplo de mecanismo inovador de financiamento. Ele possibilitou que a Jamaica administrasse com êxito a pressão crescente das DCNTs, responsáveis por mais de 60% da carga de doença no país. Os recursos para o Fundo provêm de um imposto nacional de 20% sobre o consumo do tabaco (43% da receita do Fundo), um imposto sobre a folha de pagamento nacional de 0,5% (35% da receita) e uma contribuição do governo (22% da receita). O Fundo destina-se a fornecer medicamentos integralmente subsidiados a todas as pessoas com DCNTs qualificadas. Esses benefícios estão disponíveis para todos os residentes que tenham a atestação exigida de sua condição. O fundo de subsídio a medicamentos não pretende substituir a cobertura por programas de seguro privados ou públicos, que oferecem cobertura farmacêutica nacional aos idosos e, com frequência, exigem copagamentos modestos dos doentes. O Fundo também custeia programas de educação pública do Ministério da Saúde, assim como organizações privadas que estejam dentro da Estratégia de Proteção e Promoção de Saúde do Ministério.

Fonte: Referência (141).



Foto: OPAS

te foi reconhecida por várias organizações profissionais, que recomendaram que os trabalhadores de saúde sejam capazes de usar sistemas de informação e comunicação.

Por fim, os padrões para as habilidades dos trabalhadores de saúde devem ser baseados não apenas na atenção ao paciente, mas também na função que desempenham dentro do contexto de novos modelos para a prestação de serviços de saúde — incluindo a atenção baseada na população, a atenção em múltiplos níveis e o processo contínuo de atenção — e no conceito de “pensamento sistêmico” (a ideia de que a atenção à saúde consiste em uma série de sistemas inseridos em outros sistemas mais amplos).

Várias condutas estratégicas podem ajudar a otimizar a capacidade da força de trabalho da saúde para o manejo integrado das DCNTs. Os setores de saúde devem garantir que os trabalhadores tenham as competências corretas, como se descreveu anteriormente, o que demanda mudanças nos currículos de treinamento antes e durante a prestação de serviços. No nível operacional, os trabalhadores de saúde devem ser organizados em equipes multidisciplinares e ter acesso a infraestrutura e instrumentos que os ajudem a oferecer atenção de boa qualidade às DCNTs. Além disso, o ambiente profissional deve ser positivo e de apoio, garantir boa taxa de retenção, bem como a capacidade e a motivação para prestar serviços efetivos. Por último, os trabalhadores de saúde devem ser distribuídos com eficiência em todo o espectro das necessidades de atenção crônica dos pacientes, com alocação da maioria nas comunidades e nos centros de APS.

Além dos recursos humanos, as unidades de saúde devem estar equipadas com os recursos materiais apropriados para cuidar de pessoas com condições crônicas. As unidades de saúde que oferecem serviços gerais de saúde devem

ter equipamentos, medicamentos e material didático adequado para prestar serviços curativos e preventivos. Também devem ter acesso a novas tecnologias, como redes sociais e de comunicação digital, para assegurar melhores cuidados aos doentes crônicos. Além disso, os centros de saúde que prestam atenção primária e especializada devem dispor de instalações que possibilitem o acesso físico de pessoas com capacidade limitada e assistência para o transporte entre diferentes unidades.

PARCERIAS

É improvável que um único setor, organização ou grupo disponha de recursos suficientes para enfrentar as questões complexas inerentes ao manejo integrado das DCNTs. Portanto, firmam-se parcerias para alcançar esse objetivo comum. Essas parcerias podem ser formadas dentro de diversos setores do governo e entre eles (por exemplo, Ministérios da Saúde e Educação), assim como com ONGs, o setor privado e outras entidades.

A implantação de políticas e programas para as DCNTs requer a colaboração de diferentes parceiros e interessados diretos, incluindo serviços sociais e as esferas relacionadas com a saúde, tais como os setores agrícola, financeiro, de obras públicas, de transporte e de lazer. As organizações da sociedade civil, como associações de profissionais de saúde, instituições acadêmicas, grupos de pacientes e pessoas afetadas pelas doenças também desempenham um papel estratégico. As redes existentes na Região, como CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis) e RAFA (Rede de Atividade Física das Américas), podem ajudar a ampliar e manter parcerias, sobretudo com a sociedade civil (27).

LIDERANÇA E PROMOÇÃO DA CAUSA

A reforma dos sistemas de saúde na Região demanda forte compromisso político e promoção da causa. A liderança é necessária para impulsionar as reformas políticas e institucionais, levantar e alocar recursos e garantir proteção financeira, promover a legislação e a ação intersetorial, além de planejar a atenção a longo prazo. Os líderes de saúde efetivos não agem de maneira unilateral, mas incluem diferentes interessados diretos, como os profissionais de saúde, os pacientes, as famílias e os membros da comunidade, e incorporam suas necessidades, preferências e opiniões no desenvolvimento de estratégias de saúde.


Para tornarem-se mais efetivos, os líderes precisam analisar como podem influenciar o sistema de saúde em vários níveis. Não é necessário começar com uma reformulação completa do sistema, mas quanto maior for o número de componentes abordados simultaneamente, maiores serão os benefícios esperados. Modelos como o MCC e os CICC ajudam os líderes a organizar as ideias sobre as medidas necessárias.

O líder inclusivo incentiva contribuições de todos os membros da equipe de saúde, qualquer que seja o nível hierárquico ou posto ocupado, para melhorar os cuidados crônicos. A contribuição de todos os membros, com diferentes pontos de vista, é importante para reorganizar a prática e alcançar melhores resultados. A colaboração do pessoal de apoio, como recepcionistas e secretários, pode complementar as contribuições da equipe clínica, como médicos e enfermeiros, com o objetivo de criar o ambiente correto para a melhoria da qualidade (152).

Chile: Garantia de proteção financeira e acesso à atenção de boa qualidade para pacientes com câncer avançado

O Acesso Universal a Garantias Explícitas (Acceso Universal a Garantías Explícitas, AUGE) é uma lei do sistema de saúde chileno que torna obrigatória a cobertura para programas, doenças e condições prioritárias. De acordo com essa lei, os serviços de saúde nas doenças e condições especificadas devem ser assegurados por planos de seguro-saúde públicos e privados. As garantias explícitas regulamentadas por lei incluem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, a prestação oportuna desses serviços e a proteção financeira (pela regulamentação de pagamentos com recursos próprios dos beneficiários). Entre outros benefícios garantidos por essa lei está o acesso estendido à atenção para o câncer avançado. Antes de sua promulgação, somente os usuários do setor da saúde pública tinham cobertura para o câncer em estágio avançado, por meio do Programa Nacional de Alívio da Dor por Câncer e Cuidados Paliativos (Programa Nacional de Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, PNAC-CP) implantado em 1995. A cobertura para o alívio da dor por câncer e os cuidados paliativos para setores públicos e privados foi incorporada ao AUGE em 2005. Essa inclusão melhorou a qualidade de vida dos pacientes em seus últimos dias e ajudou a promover a morte com dignidade. A atenção é prestada principalmente em domicílio, e não em hospitais ou centros especializados de atenção ao câncer, o que promove tanto economia para o sistema de saúde quanto condições preferíveis para os pacientes, as famílias e os cuidadores.

Fonte: Referência (145).

A middle-aged man with grey hair and a mustache, wearing a white lab coat over a white shirt and a patterned tie. A stethoscope is draped around his neck. He is holding a whiteboard with his right hand, which has three handwritten text boxes. The background is a plain, light-colored wall.

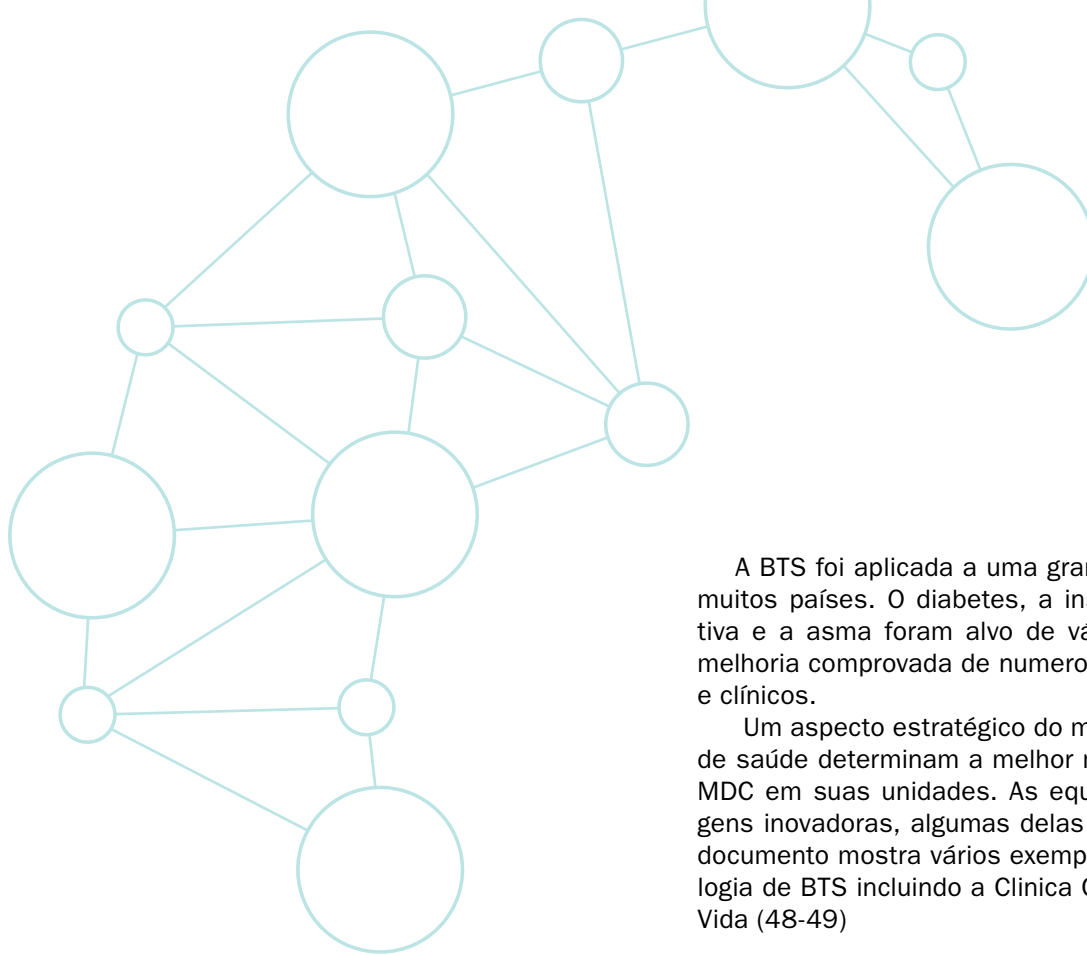
sistema
de saúde

grupos

mudanças

Um método para introdução de mudanças

Enquanto o MCC e o modelo de CICC fornecem informações sobre o modo de organização da atenção para melhorar os resultados, a Série de Avanço Inovador (BTS) (ver Figura 7), desenvolvida pelo Instituto para Melhoria da Atenção à Saúde (Institute for Healthcare Improvement, IHI) (Cambridge, MA, EUA) (152), provê um instrumento para introduzir e manter mudanças no sistema de saúde. A BTS reúne grupos de organizações de saúde que têm em comum o compromisso de fazer mudanças sistêmicas importantes e rápidas de aspectos específicos de suas organizações. Cerca de 20 a 40 organizações participam de um programa de 6 a 13 meses, constituído de três sessões de dois dias de aprendizagem alternadas com períodos de ação. Nas sessões de aprendizagem (SA), os professores apresentam intervenções baseadas em evidências relativas a problemas específicos e apoiam cada organização no trabalho em seu plano de melhoria. Durante os períodos de ação, os participantes comunicam-se com os professores por e-mail, relatórios mensais e teleconferências.



A BTS foi aplicada a uma grande variedade de DCNTs em muitos países. O diabetes, a insuficiência cardíaca congestiva e a asma foram alvo de vários esforços da BTS, com melhoria comprovada de numerosos resultados operacionais e clínicos.

Um aspecto estratégico do modelo BTS é que as equipes de saúde determinam a melhor maneira de pôr em prática o MDC em suas unidades. As equipes criaram várias abordagens inovadoras, algumas delas descritas na Tabela 4. Este documento mostra vários exemplos da aplicação da metodologia de BTS incluindo a Clínica Campesina (154) e o projeto Vida (48-49)

FIGURA 7. A Série de avanço inovador

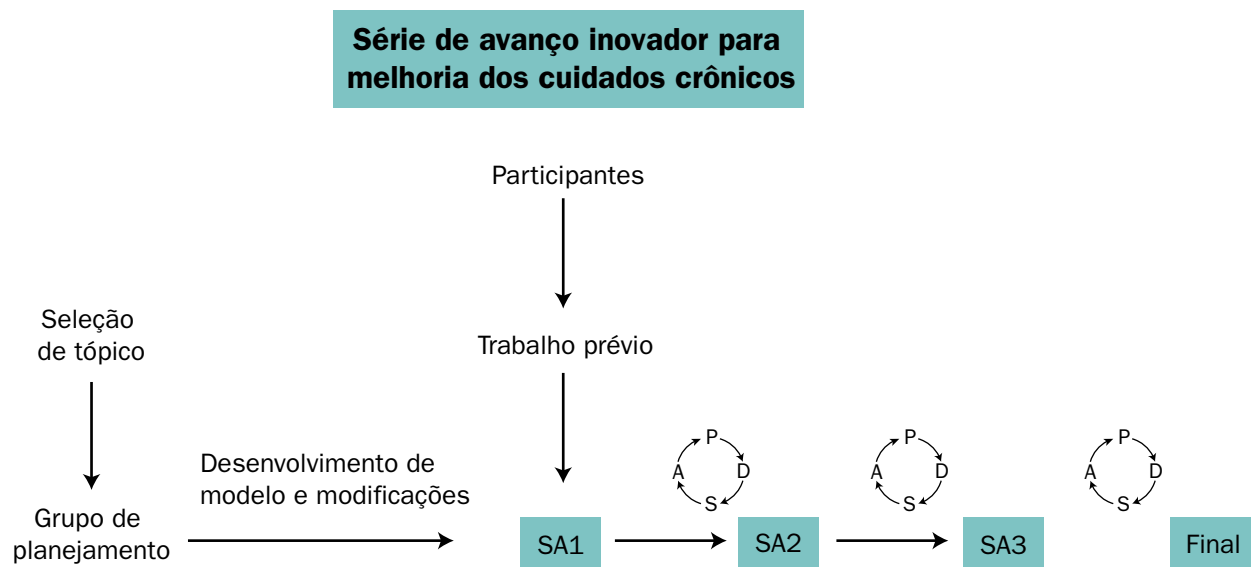


TABELA 4. Inovação da Atenção à Saúde pelo Método BTS

As inovações da atenção à saúde apresentadas adiante foram desenvolvidas por equipes de saúde com o auxílio do método BTS (29).

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

Os registros foram usados para acompanhar as medidas clínicas e identificar pacientes que precisam de educação ou de maior gestão de casos. Entre as estratégias particularmente inovadoras estavam garantir aos médicos o acesso aos registros pela internet e vincular os registros aos prontuários médicos eletrônicos de toda a comunidade.

APOIO À DECISÃO

As diretrizes foram integradas em um fluxograma de doenças crônicas, publicadas na Internet e exibidas em cartazes nas salas de exame para a melhor incorporação à prática diária. As equipes clínicas receberam feedback sobre o cumprimento das diretrizes, com base em dados extraídos do registro. Implementaram-se diretrizes de encaminhamento a especialistas.

DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

As equipes analisaram e reajustaram suas funções clínicas. Em alguns casos, introduziram conselheiros de saúde para os pacientes com necessidades mais complexas. As equipes clínicas também implementaram consultas em grupo e programaram consultas de acompanhamento para os portadores de doenças crônicas.

APOIO AO AUTOMANEJO

Houve adaptação de avaliações e pesquisas de automanejo; treinamento de membros da equipe; criação de instrumentos (cartazes, calendários, planos de ação, websites e listas de leitura) colocados à disposição das equipes de saúde; bem como reuniões do grupo de apoio interpares.

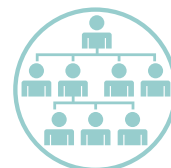
RECURSOS DA COMUNIDADE

Gestores de casos nomeados encaminharam os pacientes aos recursos da comunidade, e a equipe participou de conselhos comunitários, grupos de trabalho e iniciativas comunitárias relacionadas com a saúde.

ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os centros de saúde garantiram apoio financeiro para a educação de pacientes e se comunicaram com os pagantes a respeito do MCC. O diretor médico enviou um boletim informativo mensal aos profissionais de saúde.

Fontes: Referência (29).





Implementação e melhoria da atenção às DCNTs nas Américas

Com o aumento da frequência das DCNTs, a capacidade de fortalecer os sistemas de saúde para prestar serviços de prevenção e tratamento tornou-se uma prioridade urgente para a OPAS e os Estados Membros. Como parte da Estratégia de Prevenção e Controle Integrados das Doenças Crônicas, a OPAS trabalhou para apoiar seus países mediante aumento da capacidade técnica para oferecer atenção de boa qualidade aos doentes crônicos e reduzir as distâncias entre as necessidades atuais, as recomendações clínicas e a atenção existente. O treinamento e o apoio técnico da OPAS contribuíram para incentivar uma série de programas bem-sucedidos em toda a Região. As iniciativas dos Estados Membros da OPAS resumidas neste documento empregaram técnicas estruturadas de melhoria da qualidade, instrumentos de avaliação e medição, bem como treinamento organizado.

Mapa de cuidados crônicos: divulgação de experiências

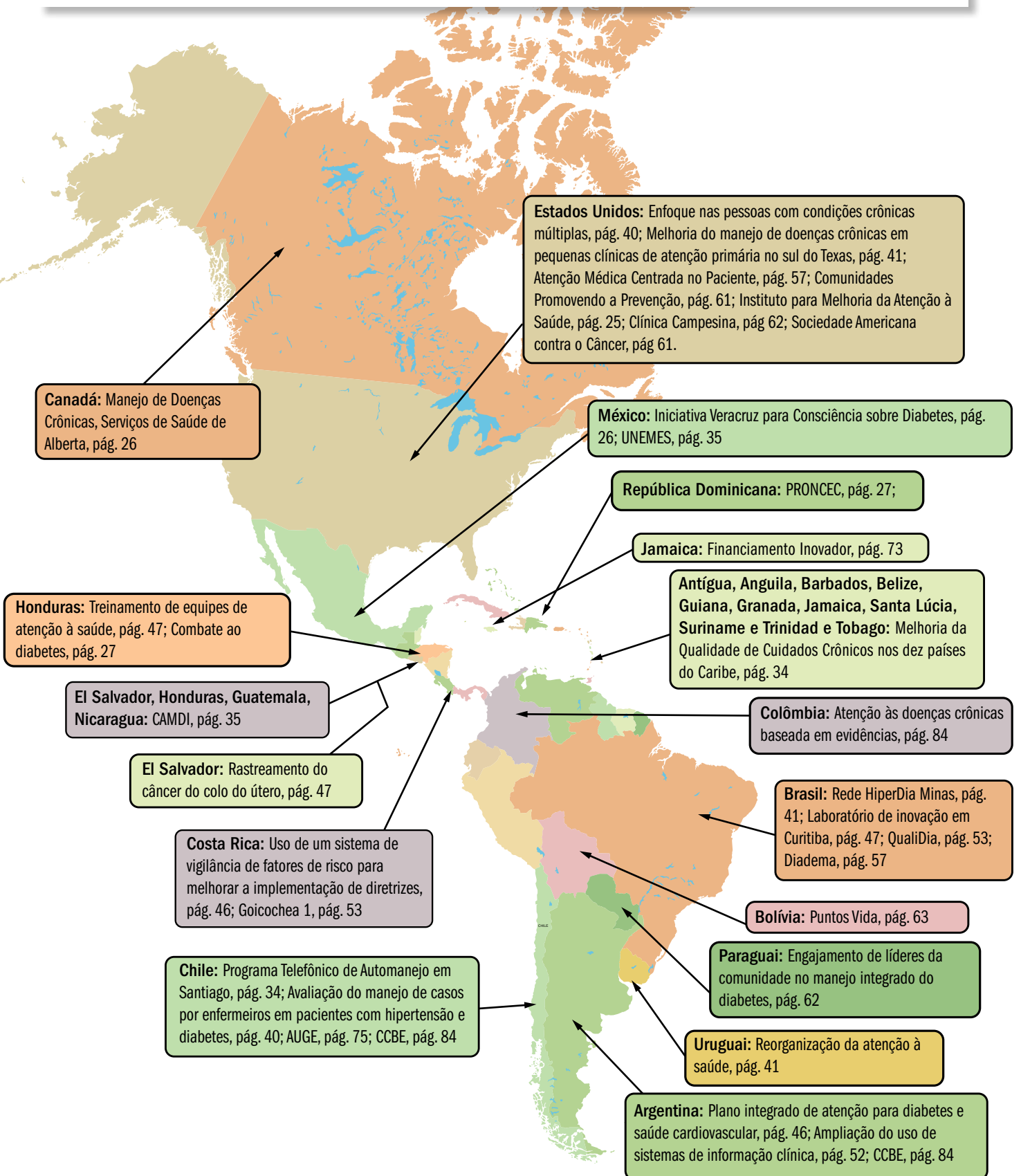




Foto: DPAS

A necessidade imperiosa de adaptar os cuidados crônicos ao programa brasileiro de saúde da família

A situação da saúde no Brasil no começo do século XXI caracteriza-se por uma tripla carga de doença, que combina os problemas de saúde causados por doenças infecciosas, causas externas e doenças crônicas não transmissíveis. Publicações nacionais e internacionais mostraram o êxito do Programa de Saúde da Família (PSF) brasileiro, durante o século XX, na abordagem dos problemas mais urgentes, como as doenças infecciosas, os problemas nutricionais e a saúde materna e infantil. Agora é imprescindível reformar o sistema para enfrentar a nova epidemia de DCNTs com enfoques e instrumentos apropriados. Estão em curso importantes revisões de conceitos e estratégias relacionadas com a atenção crônica e sua aplicação ao sistema de saúde brasileiro. A aplicação do Modelo de Cuidados Crônicos, a adaptação da Pirâmide de Estratificação de Risco Populacional, assim como os modelos de manejo das doenças e atenção compartilhada (entre outros) são algumas das questões técnicas que estão sendo abordadas pelos pesquisadores brasileiros para auxiliar a transição do bem-sucedido PSF para a nova era.

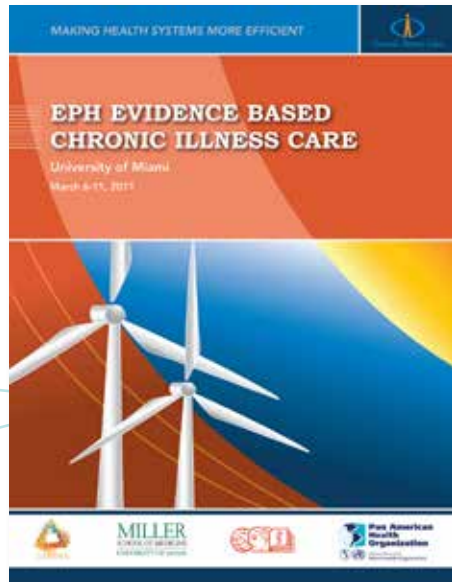
Fonte: Referência (155).

OPAS: Atenção às doenças crônicas baseada em evidências

O curso Atenção às doenças crônicas baseada em evidências (Evidence Based Chronic Illness

Care, EBCIC) foi desenvolvido pela OPAS e implementado em colaboração com a Universidade de Miami em 2009 e 2011. Posteriormente, o curso também foi implementado no Chile, em 2011, e na Argentina e na Colômbia, em 2012, em colaboração com representações da OPAS e Ministérios da Saúde. A partir de janeiro de 2013, o programa contou com a participação de um total aproximado de 250 funcionários de saúde pública da região. O EBCIC apresenta aos estudantes o Modelo de Cuidados Crônicos e os aspectos de saúde pública relacionados à melhoria da qualidade da atenção à saúde. Dá-se ênfase aos exemplos de intervenções de saúde pública para o manejo de condições crônicas importantes como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e doenças pulmonares obstrutivas crônicas e sua aplicação em diferentes cenários, em especial nas áreas com poucos recursos e nos países em desenvolvimento. Os temas abrangidos pelo EBCIC incluem componentes da organização da atenção à saúde, do planejamento do sistema de saúde, do apoio à decisão, do sistema de informação clínica, do apoio ao automanejo e de recursos e políticas comunitárias. Esse curso fornece os elementos para compreender melhor o papel das políticas de saúde, do acesso à atenção, das disparidades de saúde e dos fatores determinantes da saúde na qualidade da atenção às condições crônicas.

Fonte: Referência (156).



2009-2011
ESTADOS
UNIDOS

2012
COLÔMBIA

2012
ARGENTINA

2011
CHILE



OPAS: Educação on-line sobre automanejo do diabetes para pacientes e provedores de serviços de saúde

Os cursos on-line de educação sobre automanejo do diabetes são oferecidos gratuitamente em espanhol no Campus Virtual de Saúde Pública da Organização Pan-Americana da Saúde. O Programa de educação sobre automanejo do diabetes para profissionais da saúde é um curso de autoaprendizagem dividido em cinco módulos que abrangem tópicos relacionados ao conhecimento essencial da fisiopatologia do diabetes, saúde pública e epidemiologia, educação e apoio social. Os estudantes que têm aproveitamento de 75% ou mais em todas as avaliações recebem um certificado do Campus Virtual. Esse curso foi implementado inicialmente com êxito como projeto-piloto no Chile, na Costa Rica, em Cuba e no México. Desde janeiro de 2013, mais de 1.600 profissionais de saúde inscreveram-se nesse curso, e a maioria deles concluiu o programa com êxito.

Fonte: Referência (157).

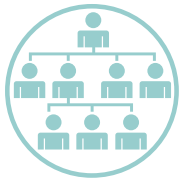
O programa de educação on-line para pessoas com diabetes tipo 2 foi elaborado em coordenação com o Instituto de Nutrição e Tecnologia dos Alimentos (Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, INTA) do Chile. Esse curso é um programa de autoaprendizagem dividido em quatro módulos que abordam temas como conhecimento geral sobre diabetes e suas complicações, assim como automanejo de rotina e em situações especiais para pessoas com diabetes tipo 2. O curso é gratuito e a avaliação é feita por uma prova on-line. Os estudantes com aproveitamento mínimo de 75% nas avaliações recebem um certificado. A eficácia desse curso foi avaliada positivamente em um estudo controlado randomizado de comparação da aprendizagem on-line e presencial, realizado no Chile em 2011.

Fonte: Referência (158).



Conclusões

O Modelo de Cuidados Crônicos deve ser implementado na sua totalidade, visto que seus componentes têm efeitos sinérgicos, quando o todo é maior que a soma das partes. Nenhum componente específico da intervenção destacou-se como a base do êxito. Ao contrário, os pacotes de intervenção multidimensional, que incorporam vários aspectos do MCC parecem ser mais efetivos. O resultado final é a interação produtiva entre uma equipe de saúde bem preparada e um paciente receptivo e motivado, com consequente melhoria da atenção. Entretanto, como o paciente continua a ser o protagonista, a garantia de uma estratégia de atenção centrada no paciente parece ser o alicerce da implementação bem-sucedida do MCC. A atenção de qualidade centrada no paciente, que é proativa, contínua e baseada em evidências, pode beneficiar todos os pacientes, não importando se a natureza da condição é ou não transmissível. A população-alvo para os cuidados crônicos é uma parcela grande e crescente dos adultos com DCNT, diagnosticada ou ignorada, ou com alto risco de desenvolver DCNT. Essa população também está exposta aos riscos de diversas doenças transmissíveis. A aplicação do Modelo de Cuidados Crônicos significa organizar atenção integrada de alta qualidade com base nas evidências mais avançadas, o que se traduz em melhor atenção para todos, não só para as pessoas com condições crônicas.



saúde são necessários para a implementação bem-sucedida da atenção à população para prevenção de DCNTs. Além disso, é preciso que os sistemas de pagamento estejam alinhados com a atenção às doenças crônicas baseada em evidências e a melhoria da qualidade.

Qualquer ação no campo dos cuidados crônicos deve estar fundamentada em um sólido conhecimento da atenção à saúde e da situação das DCNTs no país ou no sistema de saúde em diversos níveis, inclusive no âmbito local. As etapas incluem revisão das políticas e dos sistemas de financiamento pertinentes, dos recursos humanos disponíveis e da infraestrutura de atenção à saúde, além da estimativa das necessidades de atenção atuais e futuras. Sem informações exatas e atualizadas, os formuladores de políticas e responsáveis pelo planejamento não podem conceber uma atenção eficiente e integrada às DCNTs. Embora haja desafios comuns nos diversos países, o contexto de cada sistema de saúde é único.

Os sistemas de informação clínica são considerados por muitos um componente essencial do MDC efetivo. Como tal, sua introdução ou atualização é recomendada frequentemente como ponto de partida para melhorar a atenção integrada às DCNTs. Em estudos realizados em países de alta renda, os componentes específicos de tecnologia da informação em saúde tiveram impacto positivo sobre a atenção às doenças crônicas. Os componentes que guardam estreita relação com resultados experimentais positivos incluem conexão a um sistema de prontuário eletrônico; uso de avisos computadorizados; sistemas de manejo da população (entre os quais, relatórios e feedback); sistemas especializados de apoio à decisão; sistemas eletrônicos de agendamento; e sistemas de registro pessoal de saúde. Deve haver a máxima integração possível entre os sistemas de informação clínica e os sistemas existentes de informação

em saúde; portanto, é preferível incorporar as DCNTs aos sistemas de informação existentes do que criar um novo sistema somente para essa finalidade.

Os provedores de serviços de saúde devem ter tempo suficiente para executar as numerosas tarefas necessárias para oferecer atenção de alta qualidade. Há várias maneiras de maximizar o tempo limitado disponível para os encontros médicos na atenção primária. A produtividade dos encontros pode ser aumentada pelo uso da pirâmide de estratificação de riscos, bons meios de comunicação para contato com os pacientes e compartilhamento de responsabilidades por algumas tarefas com outros membros de equipe.

O apoio ao automanejo é um elemento importante de melhoria dos resultados de saúde. A tarefa estratégica para o manejo integrado das DCNTs é garantir que o apoio ao automanejo seja posto em prática usando diversas estratégias ou enfoques específicos. Todos os encontros clínicos devem incluir um componente de apoio ao automanejo. Além disso, programas de grupo coordenados por pacientes especialistas, profissionais de saúde ou líderes comunitários devem ser integrados ao sistema de atenção.

Os sistemas de atenção à saúde parecem ser mais efetivos quando priorizam uma população definida e organizam-se em torno dela, em vez de se concentrarem em um único paciente que busca atenção. O enfoque populacional indica que os sistemas de saúde estão empenhados em otimizar a saúde geral de suas comunidades a longo prazo e que oferecem atendimento proativo, participativo e preventivo para alcançar esse propósito. O enfoque populacional também significa que as equipes de APS assumem total responsabilidade pela saúde da comunidade atendida, portanto, é preciso que o serviço de saúde conheça bem os riscos e os recursos para a saúde e que atue adequadamente. Os registros de casos e os

As reformas políticas são o ponto de apoio para estas ações. O acesso universal é a legislação mais importante, que leva a melhores resultados e reduz as disparidades na atenção às doenças crônicas. O compromisso do governo com a atenção integrada às DCNTs, as políticas formais, a legislação e as regulamentações é fundamental para o êxito. A cobertura universal e os cuidados gratuitos nos centros de atenção à

sistemas de informação são fundamentais no manejo da população. Os trabalhadores de saúde podem usar os registros de casos para prever as necessidades de atenção à saúde, melhorar o manejo clínico e oferecer atenção clínica proativa em vez de reativa. Além disso, os cuidados crônicos devem ser complementados por sólidas estratégias de promoção da saúde, como as que incentivam a alimentação saudável e a atividade física, assim como a prevenção do tabagismo e do uso abusivo de álcool.

O desenvolvimento de um grupo ampliado de parceiros e colaboradores de diferentes setores, inclusive da comunidade e do setor privado, pode ajudar a reforçar os esforços de promoção da causa necessários para pôr em prática esse nível de mudança do sistema de saúde.

É essencial integrar os cuidados crônicos na APS aos serviços e programas já existentes. A atenção efetiva e de alta qualidade às condições crônicas deve ser baseada na APS e acatar seus elementos centrais essenciais. A atenção crônica deve ser integrada a outros programas de saúde existentes, como os de saúde materno-infantil. As clínicas de APS devem estar equipadas para oferecer cuidados crônicos. Equipes multidisciplinares, assim como equipamentos médicos e materiais de exame apropriados, devem estar disponíveis para os pacientes durante todo o processo contínuo de atenção. O acesso físico até o ponto de atenção, inclusive o transporte, deve facilitar o comparecimento dos pacientes, assim como o fluxo de pacientes das clínicas de APS para os centros especializados.

As pessoas com DCNTs têm necessidades diversas de atenção à saúde, que aumentam e diminuem com frequência no decorrer da doença. É necessária a coordenação efetiva da atenção a cada paciente. Nenhuma estrutura pode satisfazer sozinha todas as necessidades de cuidados dos pacientes com DCNTs. A atenção primária tem papel central

como núcleo de coordenação, mas deve ser complementada por centros de atenção mais especializada e intensiva, como laboratórios de diagnóstico, clínicas de especialidades, hospitais e centros de reabilitação. As Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) podem melhorar a acessibilidade ao sistema, reduzir a fragmentação da atenção à saúde, melhorar a eficiência geral do sistema, evitar a duplicação de infraestrutura e serviços, diminuir os custos de produção e atender melhor as necessidades e expectativas dos pacientes.

É importante introduzir mudanças no contexto de monitoramento e avaliação. Os resultados desejados devem ser identificados e medidos continuamente. Para isso não é necessário implementar estudos rigorosos, mas estabelecer métodos organizados de melhoria da qualidade para monitoramento e avaliação dos resultados como parte da atenção clínica geral. O método BTS e os ciclos PDSA (planejar, fazer, estudar, agir) descritos anteriormente são metodologias reconhecidas para esses tipos de avaliação.

O diagnóstico exato e um plano de tratamento baseado em evidências são o alicerce da boa atenção clínica. Isso requer treinamento apropriado dos trabalhadores de saúde para as funções que desempenham, bem como o acesso a equipamentos, suprimentos, medicamentos e apoio de especialistas necessários para implementar a atenção com base em evidências. As diretrizes e os protocolos são importantes, mas é preciso integrá-los ao processo decisório dos trabalhadores de saúde. Demonstrou-se que o recurso de feedback e lembretes para os trabalhadores de saúde melhora a adesão da equipe às diretrizes e os resultados clínicos em diversas DCNTs.

A necessidade de atenção de equipe multidisciplinar é ressaltada por quase todos os modelos de cuidados crônicos. Isso ocorre porque os pacientes beneficiam-se de um con-

junto diverso de habilidades e perspectivas que não são encontradas em nenhum quadro isolado de trabalhadores de saúde. Demonstrou-se repetidas vezes que a participação ou a liderança de enfermeiros treinados ou de outros trabalhadores de saúde especialmente treinados (por exemplo, assistentes de médico) em funções estratégicas, tais como avaliação, aconselhamento, manejo do tratamento, apoio ao automanejo e acompanhamento, melhora a adesão dos trabalhadores da área de saúde às diretrizes, bem como a satisfação, a condição clínica e de saúde e o uso dos serviços de saúde por parte dos pacientes. Entretanto, essas funções complementares devem ser bem definidas, com acesso à supervisão periódica nos casos complexos. Outros trabalhadores da área de saúde, como farmacêuticos, nutricionistas, terapeutas de reabilitação, psicólogos e gerentes de casos também podem participar das equipes multidisciplinares. Além disso, trabalhadores de saúde leigos ou pacientes especialistas podem assumir a responsabilidade por tarefas não clínicas e compartilhar conhecimentos e experiências com outros que tenham uma experiência de doença em comum.

A força de trabalho em saúde precisa ser treinada para responder às principais condições de saúde e ter competências específicas definidas por sistemas de saúde baseados na APS a fim de permitir uma melhor prevenção e controle das doenças crônicas. A colaboração entre instituições acadêmicas e outros tipos de instituições de treinamento e organizações de saúde garantirá que os trabalhadores recebam treinamento apropriado e educação médica continuada para atender melhor, e de maneira sustentável, as necessidades de saúde da população.

Recomendações

As conclusões anteriores são baseadas em uma revisão da literatura técnica e de relatórios publicados e inéditos sobre a implementação do Modelo de Cuidados Crônicos. Há duas categorias evidentes neste documento, ambas de igual valor. A primeira é constituída pelas intervenções para a implementação do Modelo de Cuidados Crônicos apoiadas por evidências sólidas; e a segunda é representada por aquelas implementadas nos países da Região das Américas, sobretudo nos países em desenvolvimento. As dez recomendações a seguir são um guia para organizar e oferecer atenção de alta qualidade às condições crônicas não transmissíveis nas Américas.

1. Implementar o Modelo de Cuidados Crônicos em sua totalidade.
.....
2. Assegurar um enfoque centrado no paciente.
.....
3. Criar políticas multissetoriais (ou revisar as existentes) para o manejo das DCNTs, incluindo o acesso universal à atenção à saúde, com alinhamento dos sistemas de pagamento para apoiar as melhores práticas.
.....
4. Criar sistemas de informação clínica (ou melhorar os existentes), incluindo as estratégias de monitoramento, avaliação e melhoria da qualidade como partes integrantes do sistema de saúde.
.....
5. Introduzir o apoio sistemático ao automanejo do paciente.
.....
6. Orientar a atenção para os cuidados preventivos e populacionais, reforçados por estratégias de promoção da saúde e participação comunitária.
.....

7. Modificar (ou manter) as estruturas do sistema de saúde para melhorar o apoio ao manejo e ao controle das DCNTs.
.....
8. Criar redes de cuidados coordenadas pela APS que apoiem a continuidade da atenção.
.....
9. Reorientar os serviços de saúde, com criação de uma cultura de cuidados crônicos, incluindo a atenção proativa baseada em evidências e estratégias de melhoria da qualidade.
.....
10. Reorganizar os trabalhadores de saúde em equipes multidisciplinares, assegurando o treinamento contínuo no manejo das DCNTs.
.....

Não existe uma fórmula única para construir um sistema de saúde eficiente. Muitas outras recomendações podem ser elaboradas com base em diversas outras experiências existentes que abordam questões específicas relativas aos sistemas de saúde na Região e no mundo. Outras listas de recomendações já foram publicadas, tais como o relatório da OMS Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (31); os livros do IOM (Institute of Medicine) Cruzando o Abismo da Qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI (*Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*) (159) e Lista de verificação do CEO para a atenção à saúde de alto valor (*A CEO checklist for high-value health care*) (160); além do artigo de Ham sobre as 10 características de sistemas de cuidados crônicos de alto rendimento (161). Todavia, essas ações são do interesse de muitos sistemas de saúde que desejam melhorar a atenção integrada às DCNTs na Região das Américas. Em todas as situações, os responsáveis pelas decisões devem contextualizar as ações às circunstâncias subjacentes específicas. Com frequência, a concentração inicial em regiões geográficas menores, em vez de países inteiros, é uma abordagem viável.

Os resultados dos estudos de casos descritos neste relatório indicam que a atenção integrada às DCNTs é factível e que sua ampliação é possível — mesmo em países de baixa e média renda. Com a atenção integrada, é possível reduzir a carga das DCNTs.

Lista de abreviaturas

5 A	Avaliar, aconselhar, acordar (pactuar), assistir e acompanhar
A1c	Hemoglobina glicada
ACIC	Avaliação da atenção às doenças crônicas (Assessment of Chronic Illness Care)
ACS	Sociedade Americana contra o Câncer (American Cancer Society)
AGREE	Avaliação de Diretrizes Clínicas (Assessment of Guidelines for Research and Education)
AIDS	Síndrome de imunodeficiência adquirida
APS	Atenção primária à saúde
ATAS	Apoio Tecnológico para o Automanejo de Condições Crônicas (Apoyo Tecnológico para el Automanejo de Condiciones Crónicas)
AUGE	Acesso Universal a Garantias Explícitas (Acceso Universal a Garantías Explícitas)
BTS	Série de Avanço Inovador (Breakthrough Series)
CAMDI	Iniciativa Centro-Americana de Diabetes
CARMEN	Conjunto de Ações para Redução Multifatorial de Enfermidades Não Transmissíveis
CCM	Condições Crônicas Múltiplas
CDC	Centros de Prevenção e Controle de Doenças
CDEMS	Sistema Eletrônico de Manejo de Doenças Crônicas
CDSMP	Programa de Automanejo de Doenças Crônicas (Chronic Disease Self-Management Program)
CESFAM	Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado
CICC	Cuidados Inovadores para Condições Crônicas
CPPW	Comunidades Promovendo a Prevenção (Communities Putting Prevention to Work)
D.C.	Distrito de Columbia
DC	Diretriz clínica
DCNT	Doença crônica não transmissível
DCV	Doença cardiovascular
DHHS	Departamento de Saúde e Serviços Humanos
DNT	Doença não transmissível
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
ICIC	Melhoria dos Cuidados Crônicos
IHI	Instituto para Melhoria da Atenção à Saúde

IMC	Índice de massa corporal
INC	Instituto Nacional Cardiopulmonar
IOM	Instituto de Medicina (Institute of Medicine)
MCC	Modelo de Cuidados Crônicos
MDC	Manejo de doenças crônicas
MIDAS	Modelo Integrado de Atenção à Saúde (Modelo Integrado de Atención a la Salud)
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACIC	Avaliação do Paciente da Atenção às Doenças Crônicas
PCMH	Atenção Médica Centrada no Paciente (Patient-Centered Medical Home)
PDSA	Planejar, fazer, estudar, agir
PEN	Pacote de intervenções essenciais para doenças não transmissíveis na atenção primária à saúde (Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions for Primary Health Care)
PIB	Produto interno bruto
PNACCP	Programa Nacional de Alívio da Dor por Câncer e Cuidados Paliativos (Programa Nacional de Alivio del dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos)
PNS	Sistema de Navegação de Pacientes
PRONCEC	Programa Nacional para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Programa Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles)
RAFA	Rede de Atividade Física das Américas
RAN das Nações Unidas	Reunião de Alto Nível das Nações Unidas
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde
TB	Tuberculose
UNAP	Unidade Nacional de Atenção Primária (Unidad Nacional de Atención Primaria)
UNEME	Unidade de Especialidades Médicas (Unidad de Especialidades Médicas)
VIDA	Iniciativa Veracruz para Consciência sobre Diabetes
VPH	Papilomavírus humano
WDF	Fundação Mundial de Diabetes

Referências

1. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract.* 1992;42(356):116–19.
2. Organización Mundial de la Salud. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature. Discussion Paper No. 2. Geneva: WHO; 2011. Disponible en www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf. Consultado el 24 de agosto del 2012.
3. Naciones Unidas Asamblea General. Sexagésimo sexto período de sesiones. Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. NewYork:UNGA;2011. Disponible en http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1&referer=/english/&Lang=S. Distr. Limitada. Consultado el 16 de septiembre del 2011. Español, Original: inglés
4. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brasil, 21 October 2011 [Internet]. Geneva: WHO; c2012. Disponible en <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Rio-Political-Declaration-on-SDH-20111021.pdf>. Consultado el 24 de mayo del 2012.
5. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA.* 2012;307(23):2493–4.
6. Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; c2012. Disponible en <http://www.who.int/gho/es/index.html>. Consultado el 12 de mayo del 2012.
7. Pan American Health Organization. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Internet]. Washington: PAHO; c2011-2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5267&Itemid=3805. Consultado el 31 de mayo del 2012.
8. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011. Disponible en www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf Consultado el 24 de mayo del 2012.
9. Glassman A, Gaziano TA, Bouillon Buendia CP, Guanais de Aguiar FC. Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs.* 2010;29(12):2142-8.
10. U.S. Department of Health and Human Services. National healthcare disparities report. Rockville, MD: DHHS Agency for Healthcare Research and Quality; 2003. Disponible en <http://archive.ahrq.gov/qual/nhdr03/nhdr03.htm>. Consultado el 20 de febrero del 2013.
11. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff.* 2011;30(12):2437-48.
12. Becher EC, Chassin MR. Improving the quality of health care: who will lead? *Health Aff.* 2001;20(5):164-79.0
13. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA.*, 2012;307(14):1513-6.
14. Burroughs Peña M, Mendes Abdala CV, Legetic B, Silva LC, Orduñez P. Updated prevalence estimates for hypertension in Latin America and the Caribbean. In press.
15. Pan American Health Organization. Final report: Institutional response to diabetes and its complications (IRDC)—an evaluation of the quality of diabetes care. Washington: PAHO; 2004. Disponible en www.paho.org/English/AD/DPC/NC/dia-irdc-final-rpt.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
16. Mudaliar U, Kim WC, Kirk K, Rouse C, Narayan KM, Ali M. Are recommended standards for diabetes care met in Central and South America? A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013 Jan 30. pii: S0168-8227(13)00011-9. doi: 10.1016/j.diabetes.2013.01.010. [Epub ahead of print]. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0168822713000119/1-s2.0-S0168822713000119-main.pdf?_tid=0a987166-7c66-11e2-a8e7-00000aacb35d&acdnat=1361479028_9bf5c0f1ea13f6aa36d68643b8750757. Consultado el 20 de febrero del 2013.
17. Lopez Stewart G, Tambascia M, Rosas Guzmán J, Etchegoyen F, Ortega Carrión J, Artemenko S. Control of type 2 diabetes mellitus among general practitioners in nine countries of Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(1):12–20.

18. Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004;291(3):335-42.
19. Díaz-Apodaca B, de Cosío FG, Canela-Soler J, Ruiz-Holguín R, Cerqueira MT. Quality of diabetes care: a cross-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the United States-Mexico Border. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28(3):207-13.
20. Ministerio de Salud (CL). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago: MS; 2011. Disponible en www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
21. Zavatini M, Obreli-Neto P, Cuman R. Estratégias saúde da família no tratamento de doenças crônico- degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):647-54.
22. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1143-53.
23. Sociedad Americana del Cáncer. *Global Cancer Facts & Figures* segunda edición. Atlanta: Sociedad Americana del Cáncer; 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud. Una revisión de la atención del cáncer de mama y resultados en América Latina. Washington D.C. 2013.
25. World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: WHO; 2005. Disponible en www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/. Consultado el 24 de mayo del 2012.
26. World Health Organization. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013. Geneva: WHO; 2008. Disponible en www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf . Consultado el 24 de mayo del 2012.
27. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18977&Itemid=270&lang=es . Consultado el 30 de enero del 2013.
28. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q*. 1999;7(3):56-66.
29. Wagner E, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*. 2001;27(2):63-80.
30. MacColl Center for Health Care Innovation. About ICIC and our work [Internet]. Seattle: MCHCI; c2008–2012. Disponible en www.improvingchroniccare.org/index.php?p=About_ICIC_&_Our_Work&s=6. Consultado el 24 de mayo del 2012.
31. Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio Ginebra; 2002. Disponible en <http://publications.paho.org/product.php?productid=837> Consultado el 24 de mayo del 2012.
32. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(4):299-305.
33. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324(7330):135-41.
34. Scottish Government Health Directorates. Partnership for care: Scotland's Health White Paper [Internet]. Surrey: National Archives; 2008. Disponible en www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16476/18736. Consultado el 11 de marzo del 2008.
35. National Health Priority Action Council (AU). National Chronic Disease Strategy. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006. Disponible en [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BC-CA257140007AB32B/\\$File/stratal3.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/7E7E9140A3D3A3BC-CA257140007AB32B/$File/stratal3.pdf) Consultado el 20 de febrero del 2013.
36. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness—which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325(7370):925.
37. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*., 2002;288(15):1909-14.
38. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care*. 2005;11(8):478-88.
39. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(2):141-6.

40. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Orduñez P, Tasca R, Sued O. Mejorar la atención de enfermedades crónicas a través de las redes integradas de servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; ISBN 978-92-75-31669-6. Washington DC 2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21400&Itemid= . Consultado el 23 de mayo del 2013.
41. Improving Chronic Illness Care. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC). Disponible en http://www.improvingchronic-care.org/index.php?p=ACIC_Survey&s=35. Consultado el 31 de enero del 2013.
42. Improving Chronic Illness Care. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36. Consultado el 31 de enero del 2013.
43. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469-75.
44. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centeredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):197-206.
45. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
46. Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreasen AH, Hørder M, Pedersen PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ*. 2001;323(7319):970-5.
47. 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.
48. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Escobar Mesa A, Garcia Lopez M, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: the VIDA project. *Prim Care Diabetes*. 2010;4(3):145-53.
49. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Epping-Jordan J, Gordillo A, Meiners M, Perez Flores E. Proyecto Veracruz para el Mejoramiento de la Atención a la Diabetes (VIDA): informe final. ISBN 978 92 75 07403 9. Washington, D.C. OPS, © 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18699&Itemid=&lang=es Consultado el 30 de enero del 2013.
50. Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;2:CD003417.
51. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 3:CD005182.
52. Bennett MI, Bagnall AM, Closs J. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? *Systematic review and meta-analysis*. *PAIN* 2009;143: 192.
53. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple health risk behavior interventions in primary care: summary of research evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(2 Suppl):61-79
54. Norris SL, Engelgau M, Narayan K. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24:561-87
55. ASMP/CDSMP Meta-Analysis Project Team. Sorting Through the Evidence for the Arthritis Self-Management Program and the Chronic Disease Self-Management Program. Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Disponible en <http://www.cdc.gov/arthritis/docs/asmp-executive-summary.pdf>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
56. National Primary Care Research & Development Center. Expert Patient Programme (EPP) National Evaluation. Disponible en <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/archive/ProjectDetail.cfm/ID/117.htm>. Consultado el 17 de enero del 2013.
57. Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Richardson G, et al. The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self-care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:254–261.
58. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 3:CD001117.
59. Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders* 2006;6:43
60. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, van Eijk JThM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;4:CD001481

61. Adams KG, Greiner AC, Corrigan JM, eds. Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit: a focus on communities; Jan 6-7, 2004. Washington, DC: National Academies Press; 2004. Disponible en http://locator-plus.gov/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?DB=local&v1=1&ti=1,1&Search_Arg=101235455&Search_Code=0359&CNT=20&SID=1. Consultado el 1 de febrero del 2013.
62. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7.
63. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA* 2006;296(4):427-40.
64. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):267-84.
65. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(11):563-74.
66. Heisler M. Building peer support programs to manage chronic disease: seven models for success. Oakland, CA: California Healthcare Foundation; 2006. Disponible en www.chcf.org/publications/2006/12/building-peer-support-programs-to-manage-chronic-disease-seven-models-for-success. Consultado el 4 de febrero del 2013.
67. Stanford University School of Medicine. Chronic Disease Self-Management Program [Internet]. Palo Alto, CA: Stanford University; c2012. Disponible en <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>. Consultado el 24 de mayo del 2012.
68. National Primary Care Research & Development Center. Expert Patient Programme (EPP) National Evaluation. Disponible en <http://www.medicine.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/archive/ProjectDetail.cfm/ID/117.htm>. Consultado el 17 de enero del 2013.
69. Organización Panamericana de la Salud. Pasaporte de Cuidados Crónicos. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7067%3Ael-pasaporte-de-cuidados-cronicos&catid=1339%3Ahsd0203a-cncd-integrated-management-home&Itemid=4233&lang=es. Consultado el 23 de agosto del 2012.
70. Organización Panamericana de la Salud— CARIDIAB: Orientación de y apoyo para iniciativas nacionales para mejorar la calidad de atención de diabetes en partes del mundo menos servidas: proyecto piloto del concepto en el Caribe inglés. Parte de la Colaborativa Caribeña de Cuidados Crónicos (Caribbean Chronic Care Collaborative / CCCC) Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1399%3Acaridiab%3A-caribbean-diabetes-project&catid=1415%3Ahsd0203b-cncd-integrated-management-content&Itemid=1&lang=es. Consultado el 31 de enero del 2013.
71. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A et al. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un centro de atención primaria, Santiago, Chile. *Rev Med Chile* 2010;138:729-737.
72. Secretaria de Salud de México. Socios por la Prevención. UNEMES. Enfermedades Crónicas. Ciudad de México, 2008.
73. Jamtvedt G. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* 2006;15:433–436.
74. Watts SA et al. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009; 21: 167–172 .
75. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;1:CD000313.
76. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 4: CD005471.
77. Buckley BS, Byrne MC, Smith SM. Service organisation for the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 3:CD006772.
78. Elissen AMJ. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;ISSN:1365-2753.
79. Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care? *Bull World Health Organ.* 2007;85(6):432-40.
80. Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendlowitz D, Roller S, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care.* 1999;22(12):2011-7.

81. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569-72.
82. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore W, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. *Ann Intern Med*. 1998;129(8):605-12.
83. Craig C, Eby D, Whittington J. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
84. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4):15–38.
85. Department of Health (UK). Supporting people with long term conditions: commissioning personalized care planning—a guide for commissioners. London: DoH; 2009. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks__chris_hamm.pdf. Consultado el 24 de mayo del 2012.
86. Scottish Government Health Directorates. Improving health and wellbeing of people with long term conditions in Scotland: a national action plan. Edinburgh: NHS; 2009. Disponible en www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2009_23.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
87. U.S. Department of Health and Human Services. HHS initiative on multiple chronic conditions [Internet]. Washington: DHHS; c2012. Disponible en www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc. Consultado el 23 de agosto del 2012.
88. Bright TJ. Effect of Clinical Decision-Support Systems. A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2012;157:29-43.
89. Thomas LH, Cullum NA, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;1: CD000349.
90. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, Roberts NW, Straus SE. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012: 9:CD009401.
91. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3: CD004910.
92. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 5: CD006732.
93. Souza NM, Sebaldt RJ, Mackay JA, Prorok JC, Weise-Kelly L, Navarro T et al. Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: A decision-maker researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. *Implementation Science* 2011;6:87.
94. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 10: CD001431.
95. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. ISBN 978 92 4 154844 1. Geneva, 2012. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Consultado el 13 de marzo del 2013.
96. Improving Chronic Illness Care (ICIC): improving your practice manual, 2005. Disponible en http://www.improvingchroniccare.org/downloads/improving_your_practice_manual_icic.doc. Consultado el 20 de febrero del 2013.
97. Caja Costarricense del Seguro Social, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Subárea de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular 2011. San José: CCSS; 2011.
98. Agurto I, Sandoval J, De La Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *Int J Qual Health Care*. 2006;18(2):81-6.
99. Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, Redes e Atenção Primária a Saúde (BR). Laboratório de inovação [Internet]. Brasília: MS-SUS; c2012. Disponible en <http://apsredes.org/>. Consultado el 11 de febrero del 2013.
100. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and Benefits of Health Information Technology. Evidence Report/Technology Assessment No. 132. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0003.) AHRQ Publication No. 06-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2006.
101. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, O'Brien MA, Johansen M, Grimshaw J, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 6:CD000259.
102. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 3: CD001096.

103. Metzger J. Using computerized registries in chronic disease care. Oakland, CA: California Healthcare Foundation; 2004. Disponible en www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=21718. Consultado el 24 de mayo del 2012.
104. Chronic Disease Electronic Management System. The CDEMS User Network [Internet]. CDEMS; c2012. Disponible en <http://publichealth.hsc.wvu.edu/ohsr/Downloads> . Consultado el 24 de mayo del 2012.
105. Insua JT. Integration of information technology (IT) for chronic diseases management in Latin America: 5 year experience, Hospital Universitario Austral (HUA), Argentina. AMIA Annu Symp Proc 2006;963.
106. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. País Vasco: transformando el Sistema de Salud 2009-12. D.L.:VI 878-2012. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2012. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf. Consultado el 18 de enero del 2013.
107. De Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CC, Schellevis FG, Nijpels G, Baan CA. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy* 2012;107(2-3):108-45.
108. Moullec G et al. Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: Impact of using components of the chronic care model. *Respiratory Medicine*, 2012;106: 1211-1225.
109. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: CD006560.
110. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 2006;145:265-72.
111. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 9: CD008451.
112. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, Owens DK, Goldstein MK. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Medical Care* 2006, 44(7):646-57.
113. Institute of Medicine. Patient-Centered Primary Care Collaborative [Internet]. Washington: IOM; c2012. Disponible en www.pccpc.net/. Consultado el 12 de mayo del 2012.
114. Organización Panamericana de la Salud. Linha de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPS; 2010. Disponible en http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf. Consultado el 30 de enero del 2013.
115. Wong CX, Carson KV, Smith BJ. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 4: CD000994.
116. Weinrich SP, Boyd MD, Weinrich M, Greene F, Reynolds WA, Metlin C. Increasing prostate cancer screening in African American men with peer educator and client-navigator interventions. *J Cancer Educ.* 1998;13(1):213-219
117. Jandorf L, Gutierrez Y, Lopez J, Christie J, Itzkowitz SH. Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *J Urban Health* 2005;82(2):216-224.
118. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH, Rosenzweig M. Patient navigation in breast cancer: a systematic review. *Cancer Nurs* 2010; 33(2):127-40.
119. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, Bosch-Capblanch X, Patrick M. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; 1: CD004015.
120. Lewis R, Hunt P, Carson D. Social enterprise and community based care. London: The King's Fund; 2006. Disponible en www.kingsfund.org.uk/publications/social.html. Consultado el 24 de mayo del 2012.
121. Kendall J, Knapp M. The third sector and welfare state modernization: inputs, activities and comparative performance. Civil Society Working Paper No. 14. London: London School of Economics and Political Science; 2000. Disponible en http://eprints.lse.ac.uk/29055/1/CSWP_14.pdf. Consultado el 24 de mayo del 2012.
122. Freeman HP. Patient navigation: a community-based strategy to reduce cancer disparities. *J Urban Health.* 2006; 83(2):139-41.
123. Centers for Disease Control and Prevention (US). MAPPS interventions for Communities Putting Prevention to Work. Atlanta: CDC; 2010. Disponible en http://www.cdc.gov/chronicdisease/recovery/PDF/MAPPS_Intervention_Table.pdf . Consultado el 22 de agosto del 2012.
124. Organización Panamericana de la Salud. Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. Washington: OPS; 2011. ISBN 978-92-75-31636-8. Disponible en http://new.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15558&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.

125. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13823&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.
126. Ordúñez-García P, Campillo Artero C, editors. Consulta Regional: Prioridades para Salud Cardiovascular en las Américas. Mensajes Claves para los Decisores. Washington: Pan American Health Organization; 2011. Disponible en <http://www1.paho.org/prioridades/index.html> . Consultado el 23 de agosto del 2012.
127. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1) [2008] Disponible en http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf Consultado el 4 de febrero del 2013.
128. 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 (OPS/OMS). Disponible en <http://bit.ly/12UrbMk> Consultado el 4 de febrero del 2013.
129. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008 : La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>. Consultado el 23 de agosto del 2012.
130. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):3-4.
131. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N, Flinkenflögel M. Funding for primary health care in developing countries. *BMJ* 2008;336(7643):518-9.
132. Signh D. Making the shift: key success factors. A rapid review of best practice in shifting hospital care into the community. Health Services Management Centre. University of Birmingham, NHS Institute for Innovation and Improvement. UK 2006. Disponible en <http://www.bhamlive2.bham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/2006/Making-the-Shift-Key-Success-Factors.pdf> . Consultado el 4 de febrero del 2013.
133. Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. Pour une politique de la santé. Brussels: Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle; 1971.
134. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. Integration of vertical programmes in multi-function health services. Antwerp: ITG Press; 1997. (Studies in Health Services Organization and Policy No. 3). Disponible en <http://www.modirisk.be/modirisk/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop03.pdf>. Consultado el 4 de febrero del 2013.
135. Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health. Non-communicable chronic diseases in Latin America and the Caribbean. Baltimore: JHU-BSPH; 2009. Disponible en www.healthycaribbean.org/publications/documents/NCD-in-LAC-USAID.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
136. Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de Plan Estratégico 2008-2012. Washington: OPS,2007. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf> Consultado el 24 de agosto del 2012.
137. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: perspectivas regionales y perfiles de los países. 2012 ed. Washington: OPS; 2012. Disponible en http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es. Consultado el 4 de febrero del 2013.
138. Organización Mundial de la Salud. El informe mundial de la salud: la financiación de sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf Consultado el 31 de enero del 2013.
139. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff.* 2007;26(4):972-83.
140. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge, 2002.
141. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades no transmisibles en las Américas: la construcción de un futuro más saludable. Washington: OPS ; 2011. Disponible en http://new.paho.org/col/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1261. Consultado el 24 de mayo del 2012.
142. Palabras de bienvenida de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana/Directora Regional de la Organización Mundial de la Salud en la 64ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Septiembre 2012. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19019&Itemid=270&lang=es. Consultado el 31 de enero del 2013.
143. Thrall JH. Prevalence and costs of chronic disease in a health care system structured for treatment of acute illness. *Radiology* 2005;235(1):9-12.

144. Berenson RA, Horvath J. Confronting the barriers to chronic care management in Medicare. *Health Aff (Millwood)* 2003; Suppl Web Exclusives:W3-37-53.
145. Ministerio de Salud, Departamento de Enfermedades Crónicas no transmisibles [Portal de la Página de Internet]. Santiago: MS; c2011-2012. Disponible en <http://redcronicas.minsal.gob.cl/>. Consultado el 22 de mayo del 2012.
146. Pan American Health Organization. Compilation of legislation for the English-speaking Caribbean countries and territories on prevention and control of obesity, diabetes and cardiovascular diseases. Washington: OPS; 2010. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14133&Itemid= . Consultado el 23 de agosto del 2012.
147. Organización Panamericana de la Salud. Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina : obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Washington: OPS; 2009. Disponible en http://new.OPS.org/hq/dmdocuments/2010/normas_prevencion_ecnt.pdf. Consultado el 22 de agosto del 2012.
148. Centers for Disease Prevention and Control, Community Preventive Service Taskforce (US). Guide to Community Preventive Services [Internet]. Washington: CDC; c2012. Disponible en www.thecommunityguide.org/index.html. Consultado el 22 de agosto del 2012.
149. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los Profesionales de la atención de salud para el siglo 21: el reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS, 2005 Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf Consultado el 23 de agosto del 2012.
150. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*. 2005; 330(7492):637-9.
151. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noël PH, Parchman M. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. *BMC Health Serv Res*; 2011:11-44.
152. Bowers KW, Robertson M, Parchman ML. How Inclusive Leadership Can Help your Practice Adapt to Change. *Fam Pract Manag*. 2012;19(1):8-11.
153. Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge, MA: IHI; 2003. Disponible en http://www.ihl.org/knowledge/_layouts/download.aspx?SourceURL=%2fknowledge%2fKnowledge+Center+Assets%2f364ac260-175b-498d-ae21-8670db1fbc92%2fIHIBreakthroughSerieswhitepaper2003.pdf. Consultado el 4 de febrero del 2013.
154. Kaplan A. Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington: National Coalition on Health Care; 2002. Disponible en www.improvingchroniccare.org/downloads/act_report_may_2002_curing_the_system_copy1.pdf Consultado el 31 de mayo del 2012.
155. Vilaça E. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária a Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família [Care for Chronic Conditions in Primary Health Care: The Imperative of the Consolidation of the Strategy of Family Health]. Pan American Health Organization, ISBN 978-85-7967-078-7. Brasilia, 2012. Disponible en http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Consultado el 20 de febrero del 2013.
156. Pan American Health Organization. Evidence Based Chronic Illness Care. Available at http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/EVIDENCE%20BASED%20CIC-2011-FINAL_INTERNET.pdf . Accessed on 1 February 2013.
157. Organización Panamericana de la Salud. Curso Latinoamericano en Línea. Apoyo al Auto-manejo en Diabetes. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=20>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
158. Organización Panamericana de la Salud. Programa Educativo para personas con Diabetes Tipo 2. Disponible en <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=116>. Consultado el 1 de febrero del 2013.
159. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press; 2001. Disponible en www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
160. Cosgrove D, Fisher M, Gabow P, Gottlieb G, Halvorson G, James B, et al. A CEO checklist for high-value health care. Washington: Institute of Medicine of the National Academies; 2012. Disponible en www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/CEOHIGHValueChecklist.pdf. Consultado el 23 de agosto del 2012.
161. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010;5(Pt 1):71-90.

Anexo 1: Colaboradores

As seguintes pessoas colaboraram com exemplos apresentados ao longo do documento:

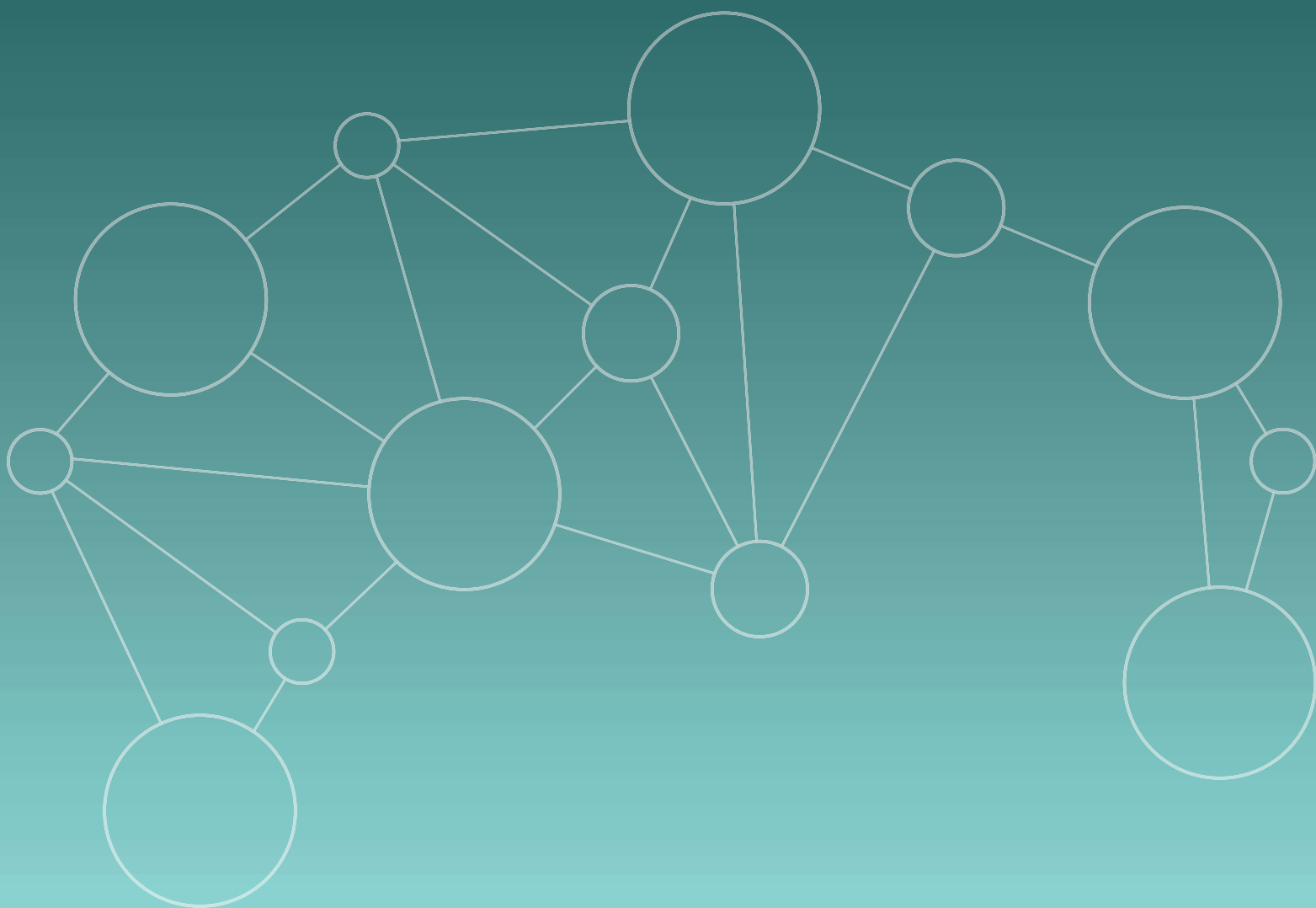
1. *Sandra Delon, Canadá*
2. *Ilta Lange, Chile*
3. *Romeo Montoya, OPAS, Honduras*
4. *Tomiris Estepan, República Dominicana*
5. *Anand Parekh, Estados Unidos*
6. *Laura Solá, Uruguai*
7. *Ailton Cezario Alves Jr., Brasil*
8. *Michael Parchman, Estados Unidos*
9. *Fernando Poblete, Chile*
10. *Sebastian Laspiur, Chile*
11. *Roy Wong, Costa Rica*
12. *Irene Agurto, Chile*
13. *Regina Eliane da Veiga Chomatas, Brasil*
14. *JT Insua, Chile*
15. *Rafael Bengoa, Espanha*
16. *Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, Brasil*
17. *Norma Tuckler, Costa Rica*
18. *Laura Ramirez, Costa Rica*
19. *Aparecida Linhares Pimenta, Brasil*
20. *Ruben Palma, Honduras*
21. *Felicia Cañete, Paraguai*
22. *Dora Caballero, OPAS, Bolívia*
23. *Enrique Perez Flores, OPAS, El Passo, Texas, Estados Unidos*

Participantes do grupo de trabalho Organização e Prestação de Atenção de Alta Qualidade às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas Américas, Washington, D.C.. 13 e 14 de dezembro de 2012

1. *Michael Parchman, Seattle, EUA*
2. *JoAnne Epping Jordan, Seattle, EUA*
3. *Sandra Delon, Calgary, Canadá*
4. *Maria Cristina Escobar, Chile*
5. *Tamu Davidson Sadler, Jamaica*
6. *Sebastian Laspiur, Argentina*
7. *Anan Parekh, EUA*
8. *Rafael Bengoa, Espanha*
9. *Lizbeth Rodriguez, México*
10. *Anselm Hennis, Barbados*
11. *Micheline Meiners, Brasil*
12. *Frederico Guanais, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), EUA*

Oficina Sanitária Pan-Americana

1. *Alberto Barceló (Coordenador da Reunião)*
2. *James Hospedales*
3. *Silvana Luciani*
4. *Pedro Orduñez*
5. *Elisa Prieto*
6. *Renato Tasca*
7. *Tomo Kanda*
8. *Enrique Vega*



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

