

Redes de Atenção à Saúde

REINVENTANDO O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: UMA AÇÃO PROTAGONIZADA PELO NASF NO DISTRITO DE SÃO MATEUS SÃO PAULO

Thaís Pola Baptista Coelho 1, Virgínia Luchesi 1, Cícero Augusto Lozekam 1, Ramiro Fernandes Pedro 1, Érica Gimenes Ruiz Barbosa Porto Rinaldi 1

1 PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE revelou que as doenças crônicas atingem 57, 4 milhões de pessoas no Brasil (40% da população brasileira). Portanto torna-se estratégico para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) um remanejamento e aperfeiçoamento das ações assistenciais seja pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas Tradicionais (UBS). Foram redesenhados fluxos assistenciais para as condições crônicas de Obesidade e Sobrepeso, Reabilitação e Saúde Mental. Com o objetivo de ampliação do acesso a população portadora de condição crônica de saúde a partir do suporte NASF em todo o território. A implementação deste modelo de atenção para lidar com as condições crônicas no território resultou numa evidente ampliação do acesso da população a certas ofertas ligadas à reabilitação, sobrepeso e obesidade e demandas em saúde mental.

Cerca de 40% da população adulta brasileira, o equivalente a 57, 4 milhões de pessoas, possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). O levantamento, realizado pelo MS em parceria com o IBGE, revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44, 5%) são 34, 4 milhões de mulheres e 23 milhões de homens (33, 4%) portadores de enfermidades crônicas (MS, 2014). Atualmente a situação brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada e uma situação de tripla carga de doenças. Ou seja, uma agenda não superada de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, com forte predominância de doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e o crescimento das causas externas (Mendes, 2011). Essa situação de saúde é incoerente, segundo Eugênio Mendes Vilaça, com um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Neste contexto, torna-se estratégico para a organização da APS um remanejamento e aperfeiçoamento de ações assistenciais no que diz respeito às condições crônicas, seja pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas Tradicionais (UBS). Pensando nisso, foi disparado no território de São Mateus uma proposta de remodelamento assistencial visto que a cobertura pelo modelo de Estratégia Saúde da Família não ultrapassava 30% de suas Unidades de Saúde. Foi adotado como estratégia a ampliação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família Modalidade 1 em 100% ao contrato de gestão do parceiro anterior visando a cobertura às condições crônicas de Sobrepeso e Obesidade, Reabilitação e Saúde Mental em todo o território. As necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições

crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável com baixa capacidade para o autocuidado. Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção a saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. O Modelo de Pirâmide de Risco (MPR) se assenta, fortemente, na estratificação dos riscos da população o que define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Por sua vez, o cuidado profissional, em função dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. Com este embasamento foram redesenhados os fluxos assistenciais para as condições crônicas de Obesidade e Sobrepeso, Reabilitação e Saúde Mental, com cobertura do NASF em todo território de São Mateus.

OBJETIVOS

Ampliação do acesso à população portadora de condição crônica de saúde em Unidades Básicas Tradicionais e Estratégia de Saúde da Família a partir do suporte NASF em todo o território.

METODOLOGIA

Foram redesenhados novos fluxos de cuidado a partir da MPR nas seguintes áreas de atenção: Sobrepeso e Obesidade, Reabilitação e Saúde Mental. A operacionalização foi dada a partir da parceria com a Supervisão Técnica de Saúde, Organização Parceira FUABC, demais Serviços Especializados da Rede e os trabalhadores envolvidos na assistência. Para cada área temática foi construído um documento norteador que além da MPR e considerou a reorganização das equipes assistenciais por distritos regionais.

RESULTADOS

A implementação deste modelo de atenção para lidar com as condições crônicas no território resultou numa evidente ampliação do acesso da população à certas ofertas ligadas à reabilitação, sobrepeso e obesidade e demandas em saúde mental. Anteriormente, os usuários permaneciam aguardando longos períodos em filas de encaminhamento para especialistas, sem qualquer processo que permitisse a reavaliação da sua necessidade. Por outro lado, foi possível perceber que existe uma importante fragilidade das Equipes de Atenção Básica no que diz respeito à responsabilização pelo usuário, bem como uma dificuldade na Coordenação do Cuidado. Frente a este cenário, de um "vazio assistencial" e com déficit de equipes multidisciplinares, no primeiro momento, a intervenção adotada visou ampliar o acesso assistencial, bem como, lidar com a demanda reprimida aos especialistas. Após este momento, a estratégia adotada foi fomentar a qualificação do cuidado através do fortalecimento da Coordenação do Cuidado realizada pela equipe de referência da Atenção Básica, fosse ela de uma UBS Tradicional ou da Estratégia Saúde da Família. Portanto estes redesenho envolveu uma mudança estrutural e processual que ainda estão em curso. Pois estão sendo planejados espaços de discussão de caso entre as equipes de referência (das UBS tradicionais) e equipes NASF, além da participação dos profissionais de referência nos grupos realizados pela equipe de apoio, garantindo assim, encontros de matriciamento e ampliação da compreensão do processo saúde-doença e das necessidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado em condição crônica exige uma mudança nas ofertas de saúde uma vez que não se encaixa nas fragmentações normalmente ofertadas pela APS. Para tal se faz necessários rearranjos do modo de cuidado, ou seja, borrar os limites conhecidos entre os modelos existentes (ESF, Tradicional, NASF) para reconstruir uma equipe se estabeleça a partir das necessidades de saúde da população e do território.