

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)



MÓDULO V: CRONICIDADE E SUAS INTER-RELAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Ana Maria de Almeida

Betina H. S. Meirelles

Leila Maria Marchi Alves

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Maria Lúcia Zanetti

Soraia Dornelles Schoeller

Samara Suplici

REVISÃO TÉCNICA

Angela Maria Alvarez

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M5 – Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde

S586c SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde / Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva; Ana Maria de Almeida; Betina Hörner Schlindwein Meireles; et al. - Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

121 p.

ISBN: 978-85-88612-55-6

1. Doenças Crônicas. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. Enfermagem.

CDU – 616-083-036.12

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Eliane Rodrigues Mota Orelo

Revisão Textual Ariele Louise Barrichello Cunha

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

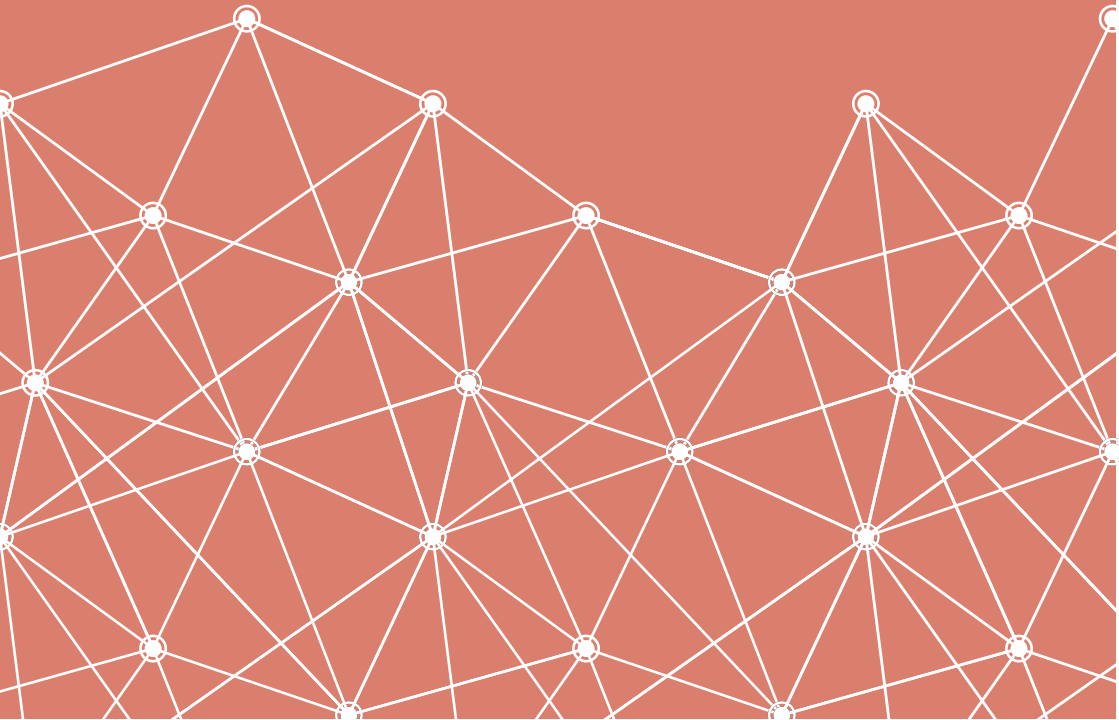
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO V

CRONICIDADE E SUAS INTER-RELAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Seja bem-vindo ao V Módulo do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): Cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde. Este módulo focaliza o fenômeno da cronicidade e suas implicações no processo de viver com uma doença crônica; os aspectos epidemiológicos das DCNT; os modelos de atenção à saúde em DCNT; a estrutura e o funcionamento da rede de atenção em DCNT; os sistemas de informação como ferramentas para planejamento e avaliação em saúde; e os aspectos éticos em saúde, focalizando a bioética e a biopolítica.

Este módulo irá introduzir a problemática da condição crônica em seus diferentes âmbitos, procurando evidenciar a complexidade e a dimensão que eles têm na realidade atual e suas implicações para o cuidado em saúde, especialmente para a enfermagem.

Apesar de ser um módulo introdutório à temática das DCNT, ele lhe possibilitará construir os argumentos que definem a necessidade de um olhar diferenciado para a atenção as pessoas em condição crônica.

Esperamos que nosso entusiasmo com a temática, expresso nessas Unidades, lhe contagie e lhe possibilite ir além do que está oferecido! As suas reflexões e a realização das atividades propostas, certamente, contribuirão para que possamos avançar no estabelecimento de um cuidado e atenção à saúde melhor qualificados.

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dra.

Ana Maria de Almeida, Dra.

Betina H. S. Meirelles, Dra.

Leila Maria Marchi Alves, Dra.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.

Maria Lúcia Zanetti, Dra.

Soraia Dornelles Schoeller, Dra.

Samara Suplici, Msc.

“Pensar é fácil, agir é difícil, e colocar os pensamentos em ação é a coisa mais difícil que existe no mundo.”
Johan Wolfgang Von Goethe

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você será capaz de compreender o fenômeno da cronicidade e suas implicações nas linhas de cuidado na atenção às DCNT, considerando os aspectos epidemiológicos e o contexto nacional, regional e local.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — CONCEITO DE CRONICIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE VIVER 11

1.1 Introdução	11
1.2 Compreendendo a condição crônica	12
A cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde	16
O cotidiano de quem vivencia a condição crônica	20
1.3 Resumo	27
1.4 Fechamento	28

UNIDADE 2 — ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DCNT.....31

2.1 Introdução	31
2.2 Sistemas de informação em saúde.....	34
Prevalência das Doenças Crônicas	41
Mortalidade por Doenças Crônicas	42
Morbidade	43
Diabetes Mellitus - DM	44
Hipertensão Arterial (HA)	46
Neoplasias.....	47
2.3 Resumo	49
2.4 Fechamento	49

UNIDADE 3 — MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DCNT COM ENFOQUE NAS LINHAS DE CUIDADO E CLÍNICA AMPLIADA51

3.1 Introdução.....	51
3.2 O que são modelos de atenção à saúde.....	51
Transição da lógica assistencial	53
Linhas de cuidado e clínica ampliada	55
3.3 Resumo	63
3.4 Fechamento	63

UNIDADE 4 — ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO EM DCNT.67

4.1 Introdução	67
4.2 Desafios	67
Organização e funcionamento da rede de atenção em DCNT	68
4.3 Resumo	78
4.4 Fechamento	78
4.5 Recomendação de leitura complementar	79

**UNIDADE 5 — SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA PLANEJAMENTO
E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (HIPERDIA, SISCOLO E SISMAMA)81**

5.1 Introdução.....	81
5.2 Sistemas de informação em saúde.....	81
Sistema de Informação HIPERDIA.....	83
Sistema de Informação SISCOLO.....	87
Sistema de Informação SISMAMA.....	90
5.3 Resumo.....	93
5.4 Fechamento.....	94
5.5 Recomendação de leitura complementar.....	95

**UNIDADE 6 — ÉTICA, BIOÉTICA E BIOPOLÍTICA —
CONCEITOS IMPLICADOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE97**

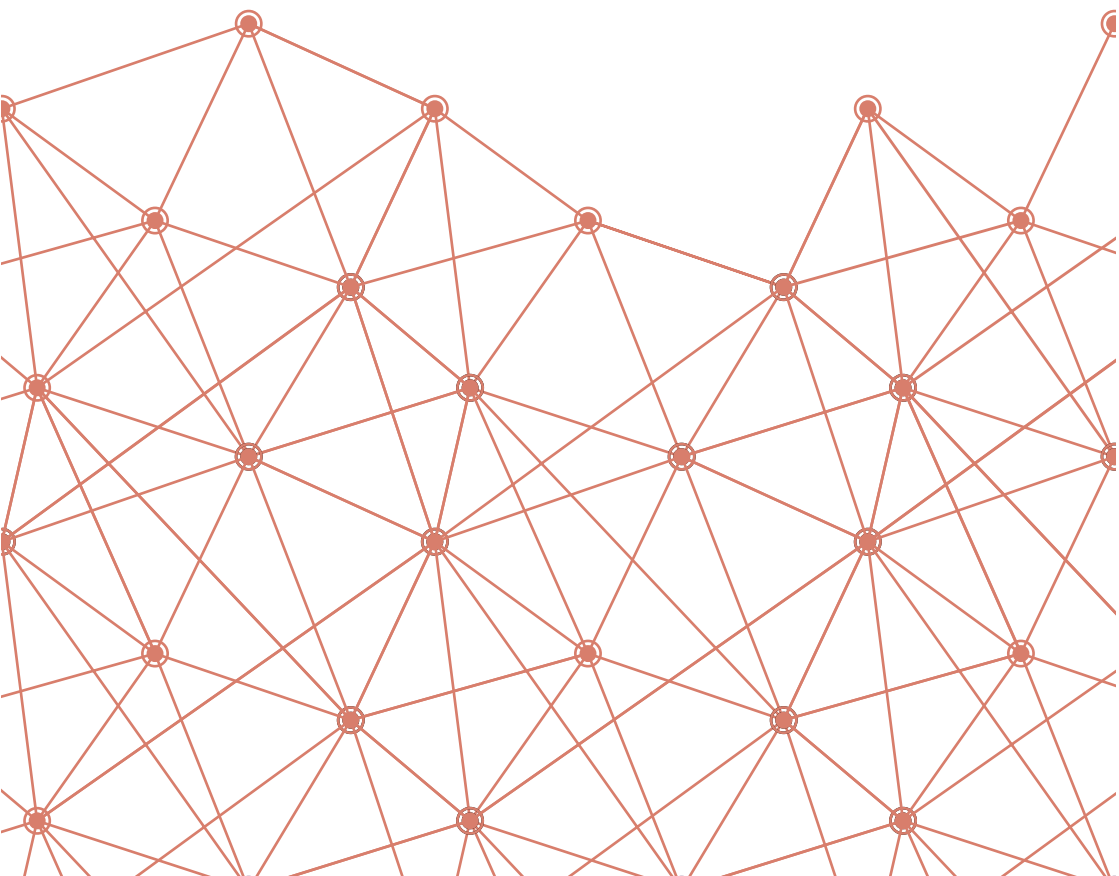
6.1 Introdução.....	97
6.2 Bioética e Ética.....	98
Bioética e Biopolítica.....	103
Bioética de Proteção.....	105
Bioética de Intervenção.....	106
6.3 Resumo.....	108
6.4 Fechamento.....	109

ENCERRAMENTO DO MÓDULO110

REFERÊNCIAS112

MINICURRÍCULO DAS AUTORAS.....118

UNIDADE 1



Unidade 1 – Conceito de cronicidade e suas implicações no processo de viver

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender o conceito de cronicidade e as repercussões da condição crônica na vida da pessoa/família e no cuidado da saúde.

1.1 Introdução

Ao iniciarmos o nosso estudo, consideramos importante apresentar alguns conceitos de condição crônica e suas implicações para o cuidado de enfermagem e para o viver das pessoas que se encontram nessas condições.

Você pode, então, pensar: o que diferencia a doença crônica de outro problema de saúde? Será que teremos que implementar mudanças significativas em nossa forma de cuidar diante das repercussões das condições crônicas no viver humano?

Sabemos que a crescente evolução tecnológica na assistência à saúde, bem como o processo de transição demográfico-epidemiológica que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, tem influenciado de maneira significativa o perfil de doença da população brasileira – identifica-se maior número de pessoas envelhecendo e também, maior número de pessoas convivendo com alguma condição crônica. Contudo, observa-se que a formação dos profissionais e o sistema de saúde ainda não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas que contemple prioritariamente o tratamento dos sintomas e dos quadros agudos.

Reforçando essa ideia, a Organização Mundial da Saúde – OMS, (2003) relata que, atualmente, as condições crônicas são responsáveis por cerca de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que as projeções indicam que em 2020 aproximadamente 80% das doenças dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos abrange apenas 20% da população doente, conseqüentemente, os resultados são negativos na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, para o governo e para os familiares (OMS, 2003).

A compreensão da condição crônica e suas implicações no processo de viver são de suma importância para uma assistência integral ao paciente. Assim, nesta unidade, estudaremos os seguintes temas:

- o conceito de condição crônica de saúde;
- as repercussões da condição crônica na vida da pessoa e na assistência à saúde.

1.2 Compreendendo a condição crônica

As condições crônicas representam o grande desafio do século XXI em todo o mundo. Em consequência dos avanços nas áreas tecnológicas e de saúde pública as pessoas estão vivendo mais, o que pode levá-las, na vida adulta e na velhice, a conviverem com uma doença crônica.

A expectativa é que as principais causas de incapacidade no mundo, até o ano 2020, estejam relacionadas às condições crônicas de saúde e, caso não sejam bem gerenciadas, representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde. Nesse sentido, as condições crônicas constituem uma ameaça a todos os países sob as perspectivas da economia e da saúde (OMS, 2003).

No Brasil, alguns fatores contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas, tais como:

- a) os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional;
- b) a urbanização; e
- c) o crescimento econômico e social.

O envelhecimento da população é uma realidade atual brasileira, e as doenças crônicas mais propícias nesse grupo de pessoas passaram a exigir uma expressiva e crescente demanda dos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de se conhecer sua **prevalência** e modos de enfrentamento no cuidado e no controle (OMS, 2003). Essas questões serão discutidas mais profundamente no próximo módulo.

A **prevalência** equivale ao número de casos novos e também os casos antigos da doença num determinado lugar e período de tempo.



Palavra do profissional

Você já parou para refletir sobre a diferença entre Condição Crônica e Doença Crônica? Essa é uma das questões que gostaríamos de refletir com você.

Segundo Freitas e Mendes (2007), o conceito de **condição crônica** de saúde está associado com a doença crônica, especificamente, quando focalizam os atributos caracterizadores das alterações do ritmo e direção do processo de viver, ao longo do tempo. Acompanhe o conteúdo para compreender melhor.

A **doença crônica** é uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, bem como, ação contínua e concomitante de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação. Na doença crônica, o processo de cura é muito lento, ou mesmo, inexistente com a idade, gerando incapacidade residual e, algumas vezes, frequentes recorrências da doença. (FREITAS; MENDES, 2007).

No entendimento de Barros et al. (2006) as doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos, ou crises) ou melhora sensível.

A condição crônica constitui-se num estado complexo, contínuo e permanente que requer estratégias necessárias para mudanças de estilo de vida do paciente. É caracterizada por ser um estado de saúde de longa duração e, portanto, necessita de um preparo mental para a pessoa adaptar-se e ter cuidados específicos que lhe proporcionem melhor qualidade de vida. A condição crônica exige estratégias para lidar com os sintomas e para enfrentar as mudanças no estilo de vida, nas relações familiares e sociais. Para Freitas e Mendes (2007), a condição crônica de saúde tem enfoque na prevenção e na autonomia, na perspectiva de ser saudável.

Em pesquisa realizada por Freitas e Mendes (2007) sobre o conceito de condição crônica de saúde, os autores nomearam sete atributos que estavam sempre presentes na condição crônica, e que permitiam reconhecer seus efeitos na pessoa, na família e na comunidade. Os atributos citados foram:

- a) condição de natureza de longa duração das DCNT;
- b) elas causam incapacidades residuais e inabilidades;
- c) requerem maior esforço paliativo;
- d) favorecem o aparecimento de múltiplas doenças;
- e) necessitam de monitoração contínua;
- f) requerem ampla estrutura de suporte de serviços; e
- g) são onerosas.

Note que, diante destes aspectos de temporalidade e de cuidados contínuos, muitas vezes os conceitos **doença crônica** e **condição crônica** de saúde aparecem associados.



Palavra do profissional

E você, enfermeiro, que atende esse paciente, sabe o que diferencia a **condição crônica** da **doença aguda**?

Atente para essa discussão, os termos “aguda” e “crônica” são bastante utilizados na prática clínica. O termo “aguda” é utilizado quando uma doença ou condição médica vem de repente e tem duração de curto período, podem ser doenças leves como uma gripe, ou mesmo, doenças graves, que podem ser fatais se não forem tratadas imediatamente, como é o caso da ruptura do apêndice que é uma condição aguda e que precisa de cirurgia imediata. Essas doenças podem curar ou continuar, caso continuem podem se tornar crônicas.

A doença crônica é aquela que tem duração de três meses ou mais, no entanto, como regra, uma doença crônica começa como uma doença aguda, passageira, e piora progressivamente se não for tratada e/ou controlada com o passar do tempo. A condição crônica exige a adoção de cuidados e controle permanentes, a exemplo dos pacientes diabéticos, que precisam aprender a conviver com a doença pelo resto da vida.

Observe que entre a condição aguda e a crônica, existem diferenças com relação à busca de cuidado. As pessoas com uma doença aguda procuram o serviço de saúde imediatamente, pois geralmente os sintomas são graves ou interferem no seu cotidiano. Já as pessoas portadoras de doença crônica, muitas vezes demoram a procurar o serviço de saúde, pois os sintomas se desenvolvem lenta e silenciosamente, de tal forma que não interferem imediatamente em suas atividades diárias. Sendo assim, os portadores de

doenças crônicas não procuram os serviços até que a condição se torne pior ou agudize, como por exemplo: uma pessoa com osteoporose pode ter uma fratura óssea, que é uma condição aguda, da mesma forma que uma pessoa com asma brônquica procura um serviço de saúde num momento de crise asmática.

De forma resumida, pode-se afirmar que as Doenças Crônicas se caracterizam por apresentar:

- a) um longo período de latência;
- b) tempo de evolução prolongado;
- c) lesões irreversíveis;
- d) complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito;
- e) múltiplos fatores de risco;
- f) etiologia não elucidada totalmente;
- g) repercussões no viver social do indivíduo;
- h) incurabilidade; e
- i) exigência de cuidados contínuos e permanentes.

De acordo com a OMS (2003), a condição crônica é aquela que persiste e necessita de certo nível de cuidados permanentes, ela requer gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, e engloba:

- a) condições não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares e câncer;
- b) condições transmissíveis persistentes, como o HIV/AIDS e tuberculose;
- c) distúrbios mentais de longo prazo, como depressão e esquizofrenia; e
- d) deficiências físicas/estruturais contínuas, como amputações, cegueira e transtornos das articulações.

Apesar desses agravos constituírem problemas de saúde tão distintos e aparentemente sem qualquer relação entre si, eles têm como característica comum o período longo de permanência. Ressalta-se, ainda, como ponto comum a esses agravos, o fato de estarem aumentando em todo o mundo, causando sérias consequências individuais, familiares, econômicas e sociais e, por isso, representam um desafio para os atuais sistemas de saúde (OMS, 2003).

Lembre-se: Doença Não Infecciosa, Doenças Crônicas Não Transmissíveis ou Doença Crônico-Degenerativa são terminologias usadas para definir grupos de patologias caracterizadas pela ausência de microorganismo no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade (FREITAS; MENDES, 2007), ou seja, como sinônimo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).



Saiba mais

Você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre a condição crônica com a leitura do texto:

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev. Latino-am Enfermagem*. v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2012.

Para exercitar: Você poderia identificar, na população atendida na sua área de abrangência ou serviço, pessoas que vivem em condição crônica de saúde? Quais são as principais características dessa condição? Registre a sua reflexão no destaque de conteúdo.

1.2.1 A cronicidade e suas inter-relações na atenção à saúde

Como você estudou na seção anterior, o controle das doenças crônicas desponta como o grande desafio do século XXI em todo o mundo. Prevenir o seu aparecimento, bem como as complicações advindas dessas condições, depende de uma série de fatores. Segundo a OMS (2003) **oito elementos são fundamentais para o controle das doenças crônicas no mundo**, conforme você pode conferir:

1. promover mudança de paradigma da organização do sistema de saúde: de um modelo preparado para o atendimento de condições agudas para um modelo que reconheça a necessidade do tratamento eficaz das condições crônicas;

2. considerar o contexto político nas quais as políticas públicas estão inseridas. Os responsáveis pelas decisões políticas, líderes da área de saúde, pacientes, famílias e membros da comunidade, assim como as organizações que os representam precisam ser considerados;
3. desenvolver um sistema de saúde integrado, garantindo que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores e, através do tempo;
4. alinhar as políticas de saúde com as práticas do trabalho (garantindo ambientes seguros), com as regulamentações agrícolas (supervisionar o uso de pesticida), com a educação (ensinando a promoção da saúde nas escolas) e com as estruturas legislativas mais amplas;
5. aproveitar melhor os recursos humanos do setor da saúde por meio de habilidades avançadas de comunicação, de técnicas de mudança de comportamento, de educação do paciente e de habilidades de aconselhamento;
6. centralizar o tratamento no paciente e na família, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário;
7. apoiar os pacientes em suas comunidades, pois eles precisam de auxílios e apoios de outras instituições que possam preencher possíveis lacunas nos serviços de saúde que não são fornecidos por um sistema de saúde organizado; e
8. enfatizar a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável e as suas complicações podem ser prevenidas, o que inclui a detecção precoce, prática da atividade física, redução do tabagismo e redução do consumo excessivo de alimentos não saudáveis.

Analisando os elementos citados, observe que muitos deles dependem da tomada de decisões de líderes governamentais e parecem distantes dos profissionais que cotidianamente se deparam com o cuidar de uma pessoa com condição crônica. No entanto, cada um tem papel fundamental para que esses elementos se tornem realidade. A mudança de paradigma, por exemplo, requer muitos esforços, tanto por parte dos líderes da área da saúde, como por parte dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com doenças crônicas.

A condição crônica precisa ser compreendida como tal, pois a relação entre o profissional e o paciente estabelecida no tratamento da condição crônica não será a mesma que a estabelecida numa condição aguda. Já as condições crônicas requerem um tipo diferente de sistema de saúde, exigindo contato regular e extenso durante o tratamento.



Palavra do profissional

Para que você ofereça uma assistência que atenda às reais necessidades das pessoas, você precisa compreender a doença crônica e aprender a trabalhar com ela.

As **Doenças Crônicas Não Transmissíveis** (DCNT) demandam por assistência continuada de serviços e geram ônus progressivo na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população. Isso impacta diretamente no sistema de saúde e de seguridade social, pois as pessoas com DCNT apresentam incapacidades para o trabalho, permanecendo em benefício por muito tempo, aguardando exames, procedimentos ou acesso a um especialista para o tratamento adequado da sua condição.

As **DCNT** compreendem majoritariamente as doenças cardiovasculares, os diabetes, os cânceres e as doenças respiratórias crônicas.

Existe uma forte relação entre determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, e os fatores de risco e prevalência das DCNT. A relação direta entre DCNT e pobreza faz com que, mesmo em países ricos, pessoas pobres estejam mais propensas a desenvolverem doenças crônicas. Identifica-se, nesse contexto, a ocorrência de um cruel ciclo vicioso no qual a pessoa pobre tem menos acesso ao tratamento adequado, ficando mais exposta às complicações da doença, o que causa o seu afastamento do trabalho, que por sua vez, causa a diminuição de sua renda, tanto por não ter condições de trabalhar, quanto pelo aumento das despesas ocasionadas em decorrência do tratamento (OMS, 2003).

Note que ações como a migração das pessoas para as cidades e o acesso a estilos de vida não saudáveis fizeram com que os fatores de risco para as DCNT ficassem em evidência. Os principais fatores de risco para as DCNT estão relacionados ao estilo de vida.

Segundo Malta, Morais Neto e Silva Junior (2011), o tabaco, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool são os principais responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto. Estes, por sua vez, são determinantes para o desenvolvimento das DCNT e, também, para os seus agravos.

Esses fatores de risco estão, muitas vezes, arraigados nos hábitos de vida das pessoas e, por vezes, é custoso entender como eles ocuparam tamanha importância para elas.

A propaganda de produtos nocivos à saúde é considerada como um ponto chave para o aumento do consumo desses tipos de produtos. Os países em desenvolvimento, principalmente, por apresentarem maior vulnerabilidade, são alvos do marketing criativo das indústrias. As estratégias de marketing parecem tirar proveito da privação social e da falta de informação dos indivíduos para expor os seus produtos, ignorando os malefícios que eles causam à saúde. (OMS, 2003). Essas campanhas publicitárias induzem a comportamentos que passam a fazer parte da vida das pessoas, dessa forma, alguns desses comportamentos prejudiciais tornam-se grandes vilões como fatores de risco para uma variedade de problemas crônicos de saúde que aumentam na mesma proporção em que o consumo desses produtos aumenta.



Palavra do profissional

Para você compreender esse processo, é fundamental uma reflexão sobre a representação desses fatores de risco na vida das pessoas portadoras de doença crônica e da experiência de viver com a doença. A análise dos impactos da doença crônica no cotidiano, da adesão ao tratamento e dos limites e possibilidades da pessoa em relação à doença configura-se como um caminho para o atendimento integral e para a mudança de paradigmas.

No tópico seguinte, você encontrará uma reflexão sobre o cotidiano de quem vivencia a doença crônica, por isso, torna-se importante discutirmos o que se entende por condição crônica e as repercussões para o viver das pessoas nessa condição.

Para exercitar: Relacione algumas implicações que o atendimento a estas pessoas em condição crônica tem trazido ao serviço de saúde em que você atua e registre no destaque de conteúdo (AVEA).



Saiba mais

Você pode ampliar seus conhecimentos sobre o assunto, acessando o texto:

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232004000400014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2012.

1.2.2 O cotidiano de quem vivencia a condição crônica

Em um sentido **mais global**, já foi enfatizado que as DCNT são as principais causas de mortes no mundo e geram elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011). Porém, ao analisarmos **as repercussões individuais**, muitas mudanças ocorrem na vida das pessoas com condição crônica, por exemplo: limitações de atividades e frustrações de planos de vida.

As doenças crônicas, incuráveis e permanentes, exigem que o indivíduo ressignifique sua existência, adaptando-se às restrições e às novas condições geradas. Implicam, ainda, em mudanças de hábitos e estilos de vida.

Todas essas repercussões também são vivenciadas pela família e pelas pessoas que convivem diretamente com a situação. A doença crônica gera outras condições crônicas, afetando as famílias que assumem maiores responsabilidades no controle desses eventos, através das descobertas diárias que vão exigir habilidades especiais de natureza médica, social e emocional. Isso faz com que as famílias vivam com incertezas, enfrentando dilemas éticos, individuais, sociais e profissionais, devendo assumir gastos contínuos e elevados com o tratamento (FREITAS; MENDES, 2007).

Assim, a doença crônica, como questão ontológica e fenômeno humano, é reconhecida como um elemento que se constitui no plano do ser e do agir como experiência, referida à realidade da vida cotidiana, representando um problema a ser solucionado com vistas à normalização do fluxo da vida desta pessoa (LIRA; NATIONS; CATR IB, 2004).

A doença crônica é percebida como algo ruim, que provoca alterações e transtornos na vida do indivíduo, com conceitos relacionados, tais como: limitação, inabilidades e disfunções orgânicas e corporais. São doenças que podem ser decorrentes do modo social de organizar a vida, imperfeições transitórias ou não, decorrentes do “não aperfeiçoamento da sociedade, “ainda” com muitos defeitos, além da hipertrofia dos serviços de saúde que tratam dessas imperfeições” (FREITAS; MENDES, 2007). Assim, implica em mudanças na visão dos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, sobre o fato de que o cuidado às condições crônicas requer novas posturas de cuidado que envolvam não só aspectos tecnológicos mas, também, humanísticos.

Pode-se observar, portanto, que as doenças crônicas causam alterações na vida das pessoas, não somente nas questões biomédicas ou na estrutura e funcionamento do seu organismo, mas também trazem alterações nas condições e na qualidade de vida das pessoas. A pessoa portadora de doença crônica precisa desenvolver novos hábitos, rever seu papel social e incorporar a doença em seu processo de viver buscando melhor qualidade de vida. Conviver com uma doença crônica, cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas, levando muitas vezes a hospitalização, torna-se uma realidade com a qual tanto o paciente e seus familiares precisam aprender lidar (SILVA et al., 2004).

O processo de viver com a doença crônica é marcado por situações favoráveis e adversas, e encontrar maneiras saudáveis de enfrentamento é um desafio para as pessoas que vivenciam essas experiências e para os profissionais que as assistem. A doença crônica impõe modificações no cotidiano dos pacientes e o sentimento de ambiguidade que envolve aceitação e transgressão ao tratamento, necessário para o controle da doença, é uma realidade (TRENTINI et al, 2005; FARIA; BELLATO, 2009).

A pessoa com uma condição crônica se vê diante de um fato novo que veio modificar a sua vida para pior e, por isso, é comum negá-lo, dando-lhe a devida atenção somente nos momentos de crise. Com a recorrência frequente dos períodos de agudização, é que a pessoa reconhece que precisa de um controle maior, e passa a ver a condição crônica de saúde de forma mais negativa (FARIA; BELLATO, 2009).

As condições crônicas exigem, em maior ou menor grau, mudanças de hábitos já arraigados nas vidas dessas pessoas. A adoção de medidas como: alimentação saudável, abandono do sedentarismo e do fumo, redução do sal e dos açúcares simples, uso de determinados medicamentos para o controle dos sintomas, entre outras medidas, são vistas como dificuldades e isso atrapalha a adesão ao tratamento.

Veja que, na perspectiva antropológica, é possível reconhecer que as doenças, no que concernem a sinais e sintomas particulares, são atravessadas pela cultura em diferentes épocas e sociedades. Dessa forma, os significados culturais marcam tanto a pessoa doente, imprimindo-lhe sentidos existenciais, quanto os seus cuidadores, em particular os profissionais de saúde que constituem sua prática com base em redes semânticas profissionais centradas na dimensão biomédica (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2005). Na condição crônica, esses significados culturais vão interferir no enfrentamento, na aceitação e na adesão ao tratamento. Eles também contribuem para a busca de cuidados em outros sistemas que não o de saúde, como: amigos, vizinhos, benzedeiras, dentre outros, que consistem em diferentes processos de escolha e de decisão para o diagnóstico e tratamento de sua doença (SILVA et al, 2004).

O principal aspecto que influencia na avaliação dos cuidados e do tratamento é o alívio dos sintomas, o que proporciona ao paciente melhor qualidade de vida fazendo-o sentir-se melhor.



Palavra do profissional

Você deve enfatizar ao paciente que além do resultado do tratamento e/ou cuidado contribuir para o bem-estar, também, possibilita-lhe manter sua independência. Poder continuar trabalhando, manter as atividades de lazer e as atividades físicas, ou seja, manter sua vida dentro de seu padrão, no sentido de continuar a fazer o que sempre fez, estimula a continuação do tratamento (SILVA et al., 2004).

Por outro lado, as “restrições” ou “limitações” colocadas pela doença são, por vezes, sentidas pela pessoa como ordens a serem cumpridas, assim, o estilo de vida passa a ser um “dever” que não tem significados concretos na experiência do adoecimento (FARIA; BELLATO, 2009). No caso específico das restrições alimentares, estas são vistas como punição. Nas formas prescritivas dadas pelos profissionais, a mudança de hábitos alimentares parece não ser uma negociação entre profissional e cliente, mas é entendida como imposição. Se a restrição alimentar fosse compreendida pela pes-

soa como fundamental para a promoção e manutenção da sua qualidade de vida, talvez fosse vista de forma menos penosa (FARIA; BELLATO, 2009).

Esta ambiguidade entre ter a informação e compreendê-la parece ser uma questão central nas muitas limitações e restrições que o paciente tem. A incompreensão do fato se reflete em vários aspectos. A pessoa vê, por exemplo, na restrição alimentar, também, uma forma de restrição ao convívio familiar ou com os amigos, ela acredita que nestes momentos de reunião, em que frequentemente a comida está presente, não haverá um alimento que seja adequado a sua condição de saúde (FARIA; BELLATO, 2009).

Estudos apontam que as restrições alimentares e as condições socioeconômicas aparecem como grandes dificuldades para a adesão dos pacientes ao tratamento, pois a pessoa pobre portadora de doença crônica enfrentará o estresse adicional da falta de dinheiro para a compra da alimentação adequada, para a realização das consultas e dos exames necessários, e para garantir um ambiente saudável de moradia e de trabalho, entre outras questões.”

O cotidiano de quem vivencia uma condição crônica reflete-se na sua adesão ao tratamento. E é nesse contexto e na forma como o paciente se vê diante da doença que é possível analisar o seu comportamento e a sua aceitação ao tratamento.

Atente que o termo **adesão ao tratamento**, tão utilizado quando se fala de uma condição crônica, pode ser definido, de modo geral, **como o grau de concordância entre a orientação recebida e a conduta do paciente diante dessas orientações**. A pessoa terá mais ou menos adesão ao tratamento de acordo com o seguimento ou não das orientações dadas pelos profissionais. Assim, pode-se avaliar o grau de adesão, tendo como extremo negativo o abandono do seguimento (GUSMÃO et al., 2009).

A **adesão ao tratamento** é observada no grau de concordância quanto à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa.

Avaliar a adesão ao tratamento é uma questão chave quando se fala de condição crônica. Muitas estratégias podem ser utilizadas para avaliar a adesão, mas o relato do paciente, apesar de subjetivo, é a estratégia mais utilizada. Você precisa compreender o grau de conhecimento e as crenças do paciente sobre a sua doença, qual a sua motivação para controlá-la, a habilidade para associar seu comportamento com o controle da doença e quais as suas expectativas no resultado do tratamento, pois todos esses aspectos podem influenciar na adesão (GUSMÃO et al., 2009).

Existem várias aspectos que podem ser considerados responsáveis pela não adesão, e podem estar relacionados ao próprio paciente, ao seu cuidador, à complexidade do regime de tratamento, aos efeitos adversos das drogas, e também, ao sistema de saúde (GUSMÃO et al., 2009).

É comum que os profissionais de saúde atribuam a “culpa” da não adesão ao tratamento ao paciente, no entanto, a não adesão pode ser resultado de uma falha do sistema de saúde que prioriza a sua ação no controle dos parâmetros clínicos sem levar em consideração as outras dimensões do cuidado. (OMS, 2003).

Observe que a influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pessoas com uma condição crônica. Uma boa relação entre os profissionais e os pacientes é o início para essa adesão.

O atendimento diferenciado por parte da equipe de saúde, composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica. Por isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) fundamenta-se em equipes multiprofissionais (GUSMÃO et al., 2009).

Alguns aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição podem impactar de forma negativa na adesão ao tratamento, destacam-se como principais fatores que interferem negativamente nesse processo:

- a) serviços de saúde pouco desenvolvidos;
- b) sistema de distribuição de medicamentos ineficaz;
- c) sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com consequente redução de tempo nas consultas;
- d) aumento no tempo de espera;
- e) dificuldade de acesso ao serviço;
- f) falta de conhecimento e de treinamento dos funcionários administrativos e dos funcionários da saúde; e
- g) incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento (GUSMÃO et al., 2009).

Lembre-se que outra questão a ser considerada na condição crônica é a constante busca pela cura, objetivo último de quem adocece. Esse fato apresenta um obstáculo ao desenvolvimento de estratégias de cuidado à doença crônica, bem como, à adesão ao tratamento.

A busca da cura pode ser um mito perigoso, que serve pobremente a pacientes e cuidadores, uma vez que “a busca da cura distrai suas atenções de comportamentos progressivos e menos tendentes ao sofrimento” (LIRA; NATIONS; CATRIB, 2004, p. 152). A cura não representa apenas um fenômeno biomédico, mas sim um processo dinâmico de significação e ressignificação da experiência advinda do impacto da cronicidade na vida dos pacientes. Assim, o desejo de cura, também faz com que a busca de cuidados e tratamentos alternativos interfira no acompanhamento da saúde do paciente, já que este vive num constante ir e vir.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem aos pacientes crônicos, não pode limitar-se ao tratamento tradicional, focado somente no controle dos parâmetros clínicos. É preciso ir além!

O cuidado de enfermagem precisa abranger as experiências da vida como um todo, pois a saúde mantém uma íntima relação com as vivências cotidianas. O trabalho de enfermagem pode ajudar as pessoas que vivenciam uma condição crônica a encontrar formas de amenizar o sofrimento e facilitar o enfrentamento (TRENTINI, 2005) e a aceitação da necessidade de tratamento permanente.

Convidamos você a refletir sobre a seguinte questão: Quais os elementos relacionados ao paciente, ao cuidador e/ou ao sistema de saúde precisam ser revistos?

Para promover a adesão, é preciso que o profissional considere todos os elementos envolvidos no cotidiano do paciente e que estejam interferindo em sua aceitação ao tratamento. Pode-se afirmar que uma boa estratégia que estimule o paciente à adesão é torná-lo ativo nas decisões sobre o processo de cuidar. É preciso ter uma visão integral da pessoa, compreendendo as repercussões da doença e do tratamento em sua vida.

Fique Atento! Promover a adesão ao tratamento terá como consequências:

- Maior qualidade de vida das pessoas com uma condição crônica.
 - Redução da carga das DCNT para o sistema de saúde.
-

Um novo modelo de saúde para atender pacientes portadores de doenças crônicas compreende uma estrutura que inclui:

- a) uma parceria harmoniosa entre pacientes e familiares;
- b) equipes de assistência à saúde; e
- c) instituições de apoio à comunidade;

Quando há perfeita integração dessa tríade, os pacientes participam ativamente do tratamento e da prevenção das condições crônicas e seus sintomas (OMS, 2003). Os enfermeiros tem um importante papel nesse processo.

Apesar do rápido crescimento das DCNT, os seus impactos podem ser revertidos por meio de intervenções amplas e custo efetivas de promoção de saúde, objetivando a redução de seus fatores de risco pela melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.



Palavra do profissional

A complexidade e a extensão dos problemas relacionados ao viver com uma condição crônica indicam a necessidade de cuidados individualizados, com ações que atendam às singularidades dessas situações. Esses cuidados envolvem o enfrentamento do problema de maneira individual, na perspectiva de adaptação psicossocial, criando suporte para encontrar soluções, formas de enfrentamento e maneiras favoráveis de lidar com essas experiências de vida de forma mais saudável.

Para exercitar: Recorde um atendimento, já realizado por você, a uma pessoa em condição crônica e registre no destaque de conteúdo (AVEA) aspectos relacionados à repercussão da doença no viver dessa pessoa. Completamente a sua resposta com pesquisa nos textos referenciados.

1.3 Resumo

Nesta unidade estudamos o conceito de condição crônica e as suas repercussões individuais para quem convive com ela, viu também as implicações para os serviços de saúde de outras necessidades de cuidado a serem incorporadas às práticas dos profissionais de saúde. Podemos, assim, resumir:

As condições crônicas são um dos grandes desafios do setor de saúde neste século. Para enfrentar esse problema é preciso adotar estratégias conhecidas e eficazes para diminuir a incidência dessas condições, bem como, reduzir o impacto negativo desses agravos, os quais determinam um novo rumo no processo de viver e ser saudável dessas pessoas.

O diagnóstico de uma doença crônica impacta e determina um novo rumo no processo de viver e ser saudável dessas pessoas. Viver com uma condição crônica de saúde traz modificações físicas, sociais e psicológicas e tem como consequência a necessidade de adaptação à nova condição de vida e enfrentamento para a adesão aos tratamentos, o que implica em mudanças no estilo de vida, indispensáveis para a manutenção de um viver saudável.

Entende-se, portanto, que a solução está em adotar medidas eficazes para o gerenciamento das condições crônicas e de suas repercussões no cotidiano das pessoas. A promoção da adesão ao tratamento configura-se como o ponto-chave para a redução das complicações advindas da doença crônica.

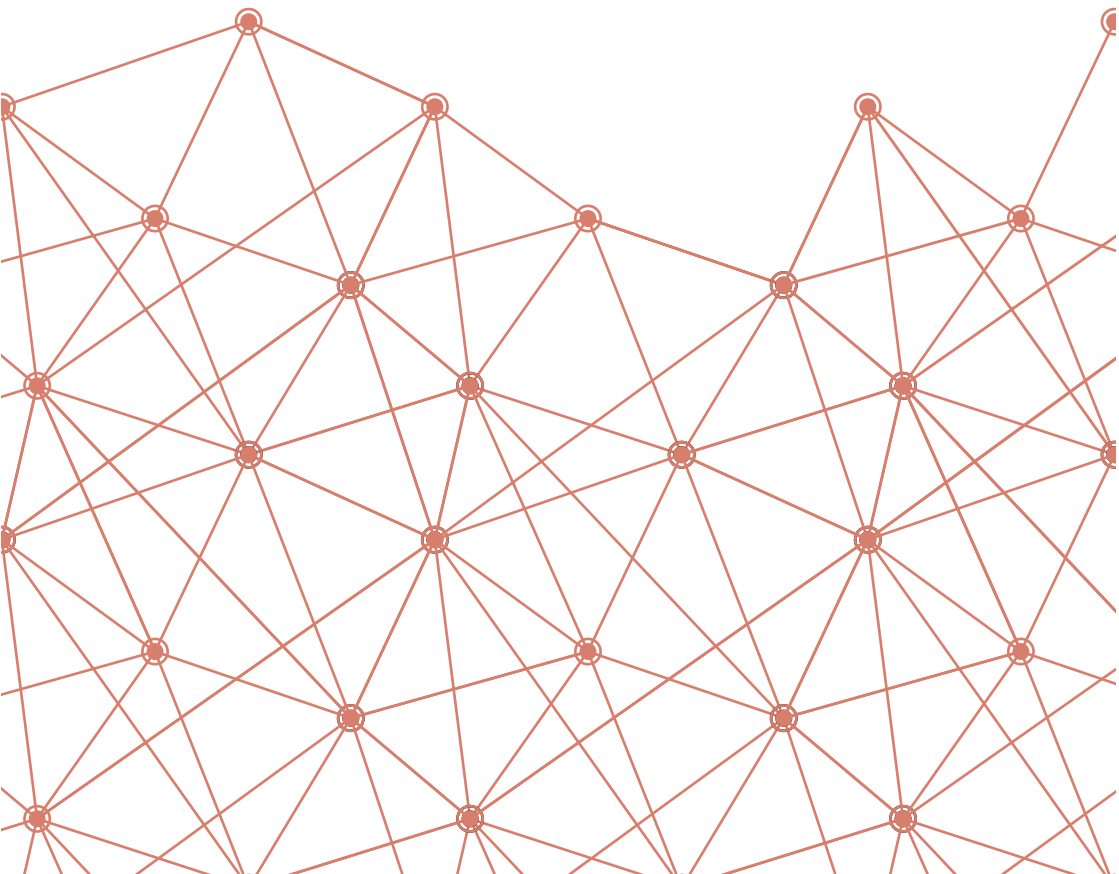
Cabe ao enfermeiro compreender os elementos envolvidos no cotidiano da pessoa que possam interferir na adesão ao tratamento. Isso é fundamental para uma assistência integral. Uma boa estratégia de adesão é permitir ao paciente a participação ativa nas decisões sobre o seu processo de cuidar.

Note que é importante que a enfermagem se aproprie do conceito de condição crônica e de seus impactos na vida destas pessoas, buscando incorporar este entendimento a sua prática profissional, orientar as suas ações e empreender um cuidado direcionado para a qualidade de vida das pessoas que vivem com uma condição crônica.

1.4 Fechamento

Esperamos ter contribuído para o seu maior entendimento a respeito do fenômeno da cronicidade e suas implicações na vida das pessoas. É importante que você compreenda a diferença entre os conceitos de doença aguda e de doença crônica para que você possa prestar o cuidado orientado a cada situação. Em ambos os casos, o adoecer traz reflexos na vida da pessoa, exigindo tratamentos e adaptações, mas, no caso das DCNT, essa situação torna-se permanente, exigindo outras abordagens no cuidado, o que nos acarreta vários desafios.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Aspectos epidemiológicos das DCNT

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender o contexto epidemiológico das DCNT no Brasil, na sua Região, Estado e Município.

2.1 Introdução

Na primeira unidade deste módulo, você conheceu os conceitos de doenças crônicas e suas implicações na vida das pessoas. Na segunda unidade, você estudará sobre as doenças crônicas e sua distribuição na população, e conhecerá dados relevantes sobre as DCNT, tais como: Quem elas afetam? Quantas pessoas morrem por causa delas? Onde estão essas pessoas?

Os estudos epidemiológicos permitem a demonstração e a análise das variáveis; da ocorrência das doenças em determinado tempo e espaço geográfico; da comparação entre as incidências em diferentes populações; a identificação dos fatores de risco e do direcionamento das ações para prevenção e controle, ou seja, maior conhecimento e compreensão sobre as doenças crônicas.



Palavra do profissional

Você sabe por que precisa estudar sobre a epidemiologia das doenças crônicas? Com esses conhecimentos você saberá com segurança quem são as pessoas com cada doença, quais suas idades, onde elas estão e porque elas têm essa doença. Dessa forma, poderá planejar o cuidado para que menos pessoas venham a adoecer! O conhecimento epidemiológico objetiva, também, planejar o cuidado e as políticas de saúde.

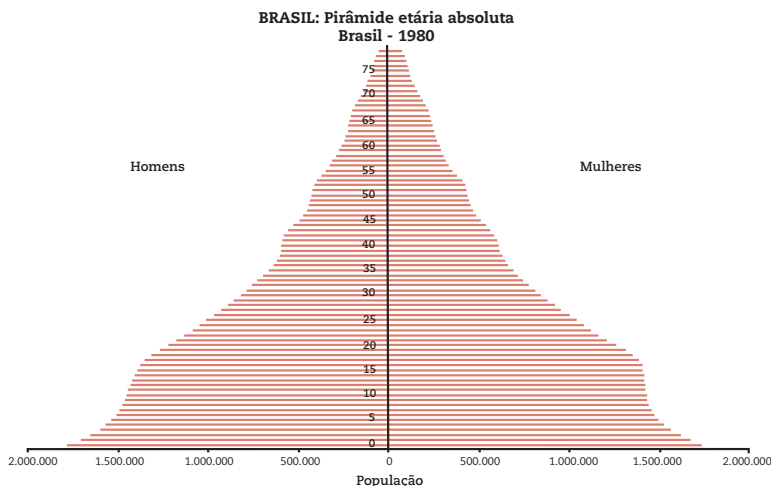
As estatísticas indicam que as doenças crônicas ocasionam números elevados de mortes no Brasil. A incidência e a prevalência dessas doenças vêm aumentando progressivamente nas últimas quatro décadas, no Brasil e no mundo. A **incidência** equivale ao número de casos novos num determinado lugar e período de tempo; a **prevalência** equivale ao número de casos novos e antigos da doença num determinado lugar e período de tempo; a **mortalidade** diz respeito ao número de óbitos por determinada doença num determinado lugar e período de tempo; e a **morbidade**, o número de pessoas que adoecem de determinada doença num determinado lugar e período.

No Brasil, nos últimos vinte anos observamos que ocorreram importantes transformações sociais e populacionais, com vários desdobramentos no processo saúde/doença. Foram os chamados processos de **transição demográfica** e **transição epidemiológica**. A primeira – a transição demográfica - consiste na queda da mortalidade com conseqüente aumento da expectativa de vida das pessoas. Já a segunda - a transição epidemiológica - envolve as mudanças que acontecem ao longo do tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez, específicas de uma determinada população, geralmente associadas com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001)

O envelhecimento populacional consiste, então, numa combinação destes três indicadores. Antes morriam muitas pessoas, em todas as idades. Também nasciam muitas pessoas: tínhamos mais crianças e jovens e menos idosos. Atualmente temos menos mortes, menos nascimentos e conseqüentemente, cada vez mais idosos e menos crianças. A pirâmide etária da população brasileira (gráfico que demonstra a composição da população segundo idade e sexo) evidencia essa transição, como você pode ver na figura a seguir.

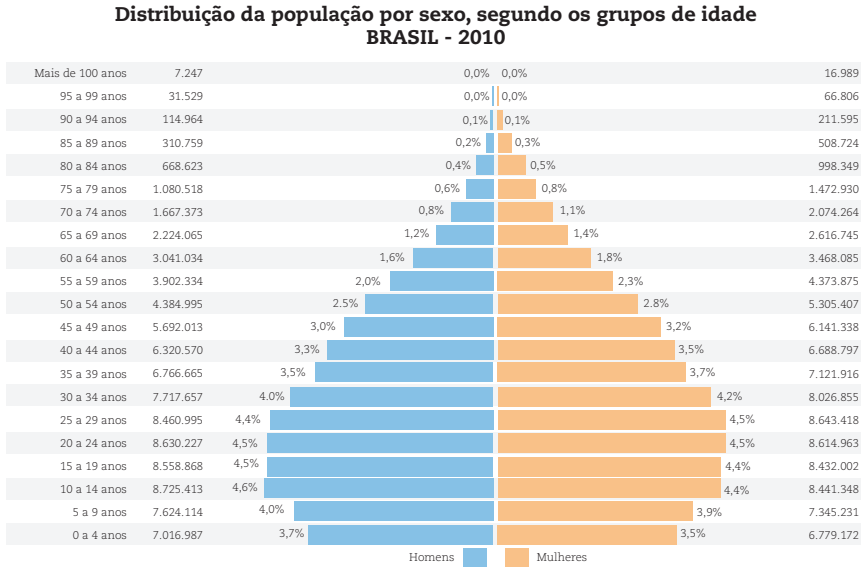
Observe na figura a seguir que os formatos dos dois gráficos são diferentes: o primeiro tem a largura da base maior que a do segundo; e o segundo gráfico apresenta o topo maior que o do primeiro; o primeiro gráfico lembra um triângulo, e o segundo, um trapézio. Ao comparar as duas pirâmides, constata-se que em 2010 a quantidade de pessoas idosas é maior que em 1980.

Figura 1: Pirâmide etária dos anos de 1980 e 2010.



Fonte: IBGE (1980)

Figura 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.



Fonte: IBGE (2010)



Saiba mais

Busque a pirâmide etária de seu estado ou de sua cidade de 1980 e de 2010. Para obter essa informação entre no site <<http://www.google.com.br>> e digite: pirâmide etária nome de seu estado e ano que quer pesquisar.

Os dados de 2010, de acordo com a pirâmide apresentada, podem ser encontrados no Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=0>. Acesso em: 12 jul. 2012.

A segunda questão importante que merece reflexão sobre as doenças crônicas diz respeito à **transição epidemiológica**: as principais doenças que hoje acometem e matam a população brasileira são diferentes daquelas de décadas atrás. Observa-se que entre 1996 e 2009 (intervalo de 15 anos), as causas de morte que mais cresceram no Brasil foram aquelas relacionadas às doenças crônicas (BRASIL, 2012a). Em contrapartida, diminuíram as mortes devidas às doenças infecto parasitárias, às afecções originadas no período perinatal, e às causas mal definidas.

Entre as causas dessas mudanças está a melhoria da qualidade de vida das pessoas, identificada por meio de evoluções no acesso aos serviços de saúde, de saneamento básico, de alimentação, de urbanização e de desenvolvimento econômico. Essas evoluções possibilitam que a população viva mais e melhor (MENDES, 2010; RODRIGUES et al., 2010).

2.2 Sistemas de informação em saúde

No Brasil, há alguns sistemas de informação em saúde que permitem verificar a distribuição das doenças crônicas. Você conhecerá aqui o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), alguns **dados do IBGE** sobre a população brasileira e, também, outros sistemas específicos, tais como: HIPERDIA, SISCOLO e SISMAMA.

Esses **dados** estão disponíveis no site: <www.datasus.gov.br>.

Atualmente, no Brasil, estão disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), **vinte e um sistemas de informação em saúde**. Agora aprenda mais sobre o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM).

Na página inicial do sistema, na opção “Informações de Saúde – Estatísticas Vitais”, você poderá pesquisar por: Mortalidade - 1996 a 2009, pela CID-10, com suas subdivisões:

- a) mortalidade geral;
- b) óbitos infantis;
- c) óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos;
- d) óbitos por causas externas; e
- e) óbitos fetais.

Você poderá selecionar somente uma das três opções no mapa, conforme figura 3: região, estado ou município. Ao escolher uma opção, abrirá uma nova tela na qual constarão as informações a serem cruzadas em relação à mortalidade.

Figura 3: Tela inicial do DATASUS – mortalidade.

Ministério da Saúde Destaque do governo

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS Acesso Rápido digite o texto Busca

DATASUS Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Site | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

O DATASUS

Informações de Saúde

- Indicadores de Saúde
- Assistência à Saúde
- Epidemiológicas e Morbidade
- Rede Assistencial
- ▶ Estatísticas Vitais
- Demográficas e Socioeconômicas
- Inquéritos e Pesquisas
- Saúde Suplementar
- Informações Financeiras
- Sistemas e Aplicativos
- Políticas
- Publicações
- Serviços

N° de acessos
5 7 0 0 0 7 6

Início > Informações de Saúde > Estatísticas Vitais

Seleção a opção:

Nascidos vivos - 1994 a 2009

- Nascidos vivos

Mortalidade - 1996 a 2009, pela CID-10

- Mortalidade geral
- Óbitos infantis
- Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos
- Óbitos por causas externas
- Óbitos fatais

Câncer (sítio do Inca)

- Atlas de Mortalidade por Câncer

Dados preliminares de 2010

- Nascidos vivos
- Mortalidade geral
- Óbitos infantis
- Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos
- Óbitos por causas externas
- Óbitos fatais

Mortalidade - 1979 a 1995, pela CID-9

Nota Técnica

Abrangência Geográfica:
Seleção a opção ou clique no mapa

DisseminaSus no Facebook
Curtir 3,203

Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tab-net.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

Nesta nova tela (Figura 4), você pode obter as informações que precisar cruzando linha, coluna e conteúdo. Há, também, no canto superior direito, o item “nota técnica”, para o conhecimento das informações contidas nesta tela.

Figura 4: Tela de abertura das variáveis do Sistema de informações de Mortalidade do DATASUS.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

Na Figura 4, observe que há diversas opções no primeiro quadrado, **Linha**: abrangência geográfica, Classificação Internacional de Doenças (CID), faixa etária, sexo, dentre outras. Na **Coluna**, segundo quadrado, as variáveis são semelhantes às contidas na Linha com algumas variações. No terceiro quadrado, **Conteúdo**, temos o local do óbito, por residência (onde a pessoa mora) ou por ocorrência (onde aconteceu o óbito). O restante dos destaques consta do que se chama filtro: o que se quer destacar, e constam do detalhamento das variáveis contidas nos itens Linha e Coluna.

Aqui você poderia questionar sobre o que é uma linha, o que é uma coluna e qual a relação delas com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Para analisar a gravidade de uma doença você necessita organizar os dados, dispondo-os de modo que você possa interpretá-los. Os dados são organizados em tabelas. Uma tabela contém as informações nas linhas e nas colunas.

Observe um exemplo prático e para sua melhor compreensão:

1. acesse o site: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/obt10>>, e escolha a opção “Mortalidade geral” no item “Mortalidade - 1996 a 2010, pela CID-10”;
2. clique com o botão esquerdo do *mouse* o seu estado no mapa. A nova tela que se abrirá conterá as informações que você quer pesquisar (óbitos no seu estado);
3. escolha (para treinar) a opção faixa etária OPS na linha (primeiro quadrado), a opção sexo na coluna (segundo quadrado) e óbitos por residência no conteúdo (terceiro quadrado) e selecione o ano no item de períodos disponíveis; e
4. vá até o item “mostra” ao final da página e você terá uma tabela, na qual os dados estão organizados com a faixa etária na linha, o sexo na coluna e com o número de óbitos segundo a residência. A partir daí você pode analisar e interpretar os dados do seu estado, segundo faixa etária e sexo, respondendo a seguinte questão: no ano pesquisado, que faixa etária teve maior índice de mortalidade de acordo com os respectivos sexos? Se você usar o filtro diabetes, ou câncer, responderá a pergunta acima especificamente relacionada à causa escolhida, câncer ou diabetes.

Através do SIM podemos analisar as idades, os sexos, os locais e as causas dos óbitos; podemos verificar, ainda, se eles poderiam ou não ser prevenidos; podemos comparar regiões, sexos, idades e causas. O SIM é um dos melhores Sistemas de Informação para o Planejamento em Saúde.

Para exercitar: Acesse ao site acima, veja todas as informações que ele possui, e quais cruzamentos você pode fazer entre os óbitos das doenças crônicas de seu estado ou de sua cidade. Registre no destaque de conteúdo (AVEA) as dificuldades que encontrou.

Conheça também o **Sistema de Informações Hospitalares – SIH**

O processo para acessar ao SIH é semelhante ao utilizado para acessar ao SIM. Na página inicial do site, vá ao ícone “Informações de Saúde – Assistência a Saúde”.



Saiba mais

O sistema foi desenvolvido pelo DATASUS e é disponibilizado no endereço eletrônico: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sx>>, como pode ser visualizado na Figura 4.

Nesse sistema, você pode optar entre duas variáveis: que tipo de morbidade você procura e qual a região deseja pesquisar. É importante ressaltar que o SIH é um sistema originado para cumprir metas financeiras, e não epidemiológicas, o que, às vezes cria desvios quando a análise não leva em conta este objetivo.

Figura 5 – Acesso às informações Epidemiológicas e Morbidade do SUS – DATASUS.

The screenshot shows the DATASUS website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Ministério da Saúde' and 'Destaque do governo'. Below it, the 'DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS' is displayed, along with a search bar and a 'Acesso Rápido' dropdown. The main content area is titled 'DATASUS' and includes a sidebar with navigation links such as 'O DATASUS', 'Informações de Saúde', 'Indicadores de Saúde', 'Assistência à Saúde', 'Epidemiológicas e Morbidade', 'Rede Assistencial', 'Estatísticas Vitais', 'Demográficas e Socioeconômicas', 'Inquéritos e Pesquisas', 'Saúde Suplementar', 'Informações Financeiras', 'Sistemas e Aplicativos', 'Políticas', 'Publicações', and 'Serviços'. The main content area is titled 'Início > Informações de Saúde > Epidemiológicas e Morbidade' and contains several sections with radio button options: 'Morbidade Hospitalar do SUS' (with 'Geral, por local de residência - a partir de 2008' selected), 'Doenças de Notificação' (with 'Aids - desde 1980' selected), 'Estado Nutricional' (with 'Usuários da Atenção Básica' selected), and 'Outros agravos'. On the right side, there is a 'Nota Técnica' section with an 'Abrangência Geográfica' dropdown and a map of Brazil. At the bottom, there is a 'DisseminaSUS no Facebook' section with a 'Curir' button and a count of 3,203.

Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

Ao selecionar as variáveis, abre-se outra tela, conforme a Figura 6.

Figura 6 – Tela com as variáveis relacionadas à morbidade hospitalar do SUS. DATASUS.

Figura 6 – Tela com as variáveis relacionadas à morbidade hospitalar do SUS. DATASUS.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

Observe que essa tela possui a mesma lógica da tela relativa à mortalidade, e as suas opções de linha e de coluna também são semelhantes. O conteúdo muda, aqui ele é relacionado às internações hospitalares, que são eventos medidos em dias e em valores financeiros. Assim, possui informações de número de internações, de valor da Autorização da Internação Hospitalar (AIH), de valor médio, de valor dos serviços médicos e hospitalares, dos dias de permanência, da média de permanência, e da morbidade hospitalar e óbitos. Através desse sistema, conseguimos mensurar os gastos por doença e agravo, os dias de internação, as idades, os sexos, os locais, entre outras informações.



Saiba mais

As informações sobre a população foram consultadas neste mesmo site: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 24 ago. 2012. Nesse site, você ainda encontrará informações sobre alfabetização e saneamento básico!

Outro componente estratégico para o planejamento efetivo e eficiente dos programas de controle é a **Vigilância Epidemiológica** que, por meio do monitoramento e da análise de possíveis mudanças no perfil das enfermidades, tem o objetivo de vigiar as doenças que atingem as populações. Objetiva ainda, o monitoramento e a avaliação dos programas implementados (BRASIL, 2010a). A Vigilância é realizada por meio dos Registros de Base Populacional e dos Registros Hospitalares das Doenças. Esses registros possibilitam conhecer a morbidade, a incidência e a mortalidade (BRASIL, 2012a).

Os sistemas de informação em saúde permitem o monitoramento dos índices de enfermidades. A vigilância do diabetes e da hipertensão é feita pelo HIPERDIA, que será tratado posteriormente, em outro módulo. Para o câncer, os dados coletados pela vigilância epidemiológica estão disponíveis em agrupamentos de informações, cada qual com seus respectivos objetivos e particularidades. Confira a seguir:

- a) **Registro Hospitalar de Câncer (RHC):** são fontes sistemáticas de informações, instaladas em hospitais gerais e especializados em oncologia (BRASIL, 2010b). Você pode navegar a qualquer hora no Integrador RHC, ele está a sua disposição no Portal IRHC. Disponível em: <<https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>>. Acesso em: 26 jun. 2012.
- b) **Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP):** são centros sistematizados de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de novos casos (novas incidências) de câncer em uma população, com o registro de pessoas que residem em uma determinada área geográfica e que possuem um diagnóstico confirmado de câncer (BRASIL, 2012a). Com base nas informações de 28 RCBP, hoje existentes no Brasil, se consolida o sistema de morbidade por câncer, possibilitando cálculos mais abrangentes sobre as estimativas de câncer (BRASIL, 2010a).
- c) **Estimativa de incidência de câncer no Brasil:** número aproximado de casos novos que deverão ocorrer em uma determinada área geográfica num determinado período de tempo. É publicada pelo INCA a cada dois anos, sempre com base nas informações geradas pelos RCBP (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011).
- d) **Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil:** auxilia os profissionais de saúde pública na determinação de prioridades necessárias à prevenção e ao controle do câncer. Disponibiliza a identificação das taxas de mortalidade, anos potenciais de vida perdidos, mortalidade proporcional por câncer, dentre outros dados (BRASIL, 2012a).



Palavra do profissional

Com essas ferramentas de acesso às informações em saúde, você poderá verificar os dados específicos de sua Cidade/Estado. Mas, para que servem essas informações? Como já destacado anteriormente, elas servem, especialmente, para efetuar o planejamento da atenção à saúde e da proposição de novas políticas. Dessa forma, reflita sobre como você e sua equipe de trabalho têm usado essas ferramentas. Se a equipe tem usado, quais contribuições você destacaria como mais relevantes? Caso não tenha utilizado, destaque os principais motivos.

Vamos agora focar nas DCNT que são o objeto de destaque neste curso: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Câncer, conhecendo e relembrando alguns dados epidemiológicos acerca das mesmas.

2.2.1 Prevalência das Doenças Crônicas

Como você já viu, as doenças crônicas são consideradas epidemia mundial. São consideradas de tamanha gravidade que a OMS estabeleceu metas para o enfrentamento e prevenção dessas doenças. A OMS considera que as principais doenças crônicas são as doenças cardiovasculares (incluindo a hipertensão arterial), o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes (BRASIL, 2012b; OMS, 2009).

A importância das doenças crônicas não deve ser analisada somente pelos óbitos que ocasionam, mas, também, por suas consequências sociais, que transcendem a própria mortalidade.

As doenças crônicas são doenças de longa duração com necessidade de constantes cuidados em saúde (desde cuidados simples até os mais complexos) e internações hospitalares, o que resulta em gastos financeiros elevados. Além disso, o agravamento dessas doenças resulta em sérias limitações para essas pessoas: amputação, hemiplegia, tetraplegia, déficit cognitivo, cegueira, entre outros.

Para exercitar: Agora é sua vez de exercitar os conhecimentos adquiridos anteriormente sobre acesso às informações, entre no site: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nr>>, escolha a opção: morbidade geral do SUS por local de residência, a partir de 2008, e no mapa clique em cima do seu estado.

Na tela que abrirá, selecione na linha **Lista Morbidade CID 10**, na coluna escolha **sexo**, e no conteúdo marque **internações**. Marque, no primeiro filtro, todo o ano de 2011 (para isso clique com o botão esquerdo do mouse em cima do mês de dezembro e arraste até o mês janeiro de 2011). Desça até o item **mostra** e clique em cima.

Ao concluir essas etapas, você terá uma tabela com os gastos do ano de 2011 para todas as doenças. Olhe nessa tabela, especificamente, diabetes, câncer e hipertensão. Veja o quanto o SUS gastou em seu estado!

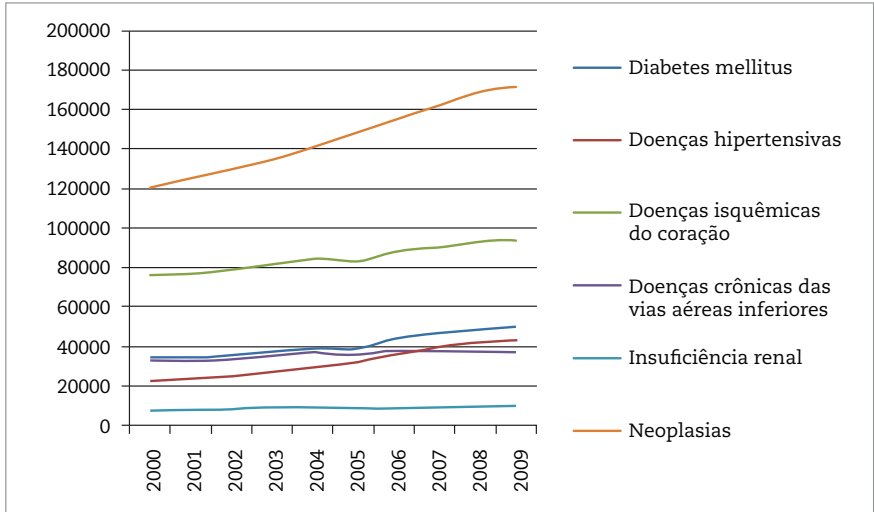
Nós fizemos o exercício, investigando o Brasil, e chegamos à seguinte informação: houve 11.268.088 internações de todos os agravos em 2011 (incluindo partos), sendo 623.751 por câncer, 148.251 por diabetes e 124.553 por HAS, totalizando, somente esses três agravos, 896.555 internações. E então, você também encontrou esses números?

2.2.2 Mortalidade por Doenças Crônicas

Um estudo realizado nas Américas (América do Norte, América Central e Caribe, e América do Sul), em 2009, aponta o aumento das doenças crônicas (OMS, 2007). Esse levantamento indica, também, a desigualdade em saúde nos países das Américas, mostrando que a expectativa média de vida ao nascer é de 76 anos, sendo a maior no Canadá (80,9 anos) e a menor no Haiti (60,1 anos). O Brasil tem uma perspectiva de 72,7 anos em média, já, em relação aos demais países da América do Sul, o país supera somente a Bolívia (66 anos) e a Colômbia (72,1 anos).

No Brasil, entre 2000 e 2009 todas as doenças crônicas apresentaram um aumento importante na taxa de mortalidade. A mortalidade por DM aumentou 31%, a doença hipertensiva teve um incremento de 66% nesse mesmo período, enquanto que as doenças cerebrovasculares aumentaram em 3,91% e as neoplasias 42,91%. Veja no Gráfico 1 a comparação entre as doenças.

Gráfico 1: Mortalidade de algumas doenças crônicas. 100.000 habitantes, anos de 2000 a 2009. Brasil.



Fonte: DATASUS (2009)

Esse percentual considerou todas as idades da população, mas é possível fazer outras análises, por exemplo, se você considerar as causas de morte somente em pessoas adultas, essa taxa aumentará sobremaneira: em 2009, as doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 10,4% do total de mortes em pessoas com mais de 40 anos no Brasil; o DM contribuiu com 5,63%, a doença hipertensiva com 4,79%, o infarto agudo do miocárdio com 8,2%, as doenças crônicas das vias aéreas com 4,17% e as neoplasias com 17,78%.

2.2.3 Morbidade

Verifica-se que as doenças cerebrovasculares, as isquêmicas do coração, o DM e as neoplasias ocasionaram, no ano de 2011, somente nos hospitais credenciados pelo SUS, um total de 1.587.741 internações. Desse total, 145.764 por DM, 214.056 por doenças isquêmicas do coração, 609.443 por doenças cerebrovasculares e 618.478 por neoplasias. Elas representaram 14,28% de todas as internações considerando todas as faixas etárias. Existem mais doenças crônicas do que as aqui citadas, porém, estas são as mais comuns.

As internações hospitalares por doenças crônicas são importante fatia do total de internações; o tempo médio de internação de uma pessoa com uma dessas doenças é bem maior do que o tempo de internação das outras pessoas, como também, a incidência dessas internações é maior nas pessoas com doenças crônicas.

Na sequência, faremos uma análise de cada doença individualmente, veremos a distribuição geográfica, sexual e etária das pessoas afetadas:

2.2.4 Diabetes Mellitus - DM

Em atualização do censo populacional brasileiro realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, foi apontado que há, no Brasil, 12.054.827 pessoas com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Isso significa que 6% da população brasileira sofre de diabetes. Para você ter uma ideia desse número, ele é maior do que a população do estado do Rio Grande do Sul, ou seis vezes a população do Distrito Federal.

O aumento expressivo de pessoas com DM (DM tipo 2) é apontado como uma consequência do estilo de vida das pessoas que apresentam hábitos como: alta ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gorduras, pouca atividade física e estresse.

No Gráfico 2, podemos ver os locais de moradia das pessoas que morreram por diabetes na primeira década de 2000. Observe que, do total dos óbitos por DM de pessoas residentes no Brasil, entre 2000 e 2009, 91% tinham mais de 50 anos, e 77% mais de 60 anos. Em contrapartida, somente 0.36% tinha menos de 20 anos. O que evidencia que o DM é uma doença crônica de que as pessoas morrem com mais idade e podem conviver com ela durante décadas, frequentemente, a doença é diagnosticada a partir dos 40 anos. Ainda no período de 2000 a 2009, a cada dez brasileiros que morreram por DM, 5.6 eram mulheres e 4.4 eram homens. Outros estudos mostraram, também, que as mulheres morrem mais de diabetes do que os homens (OMS, 2009; ROSA, SCHMIDT, 2008).

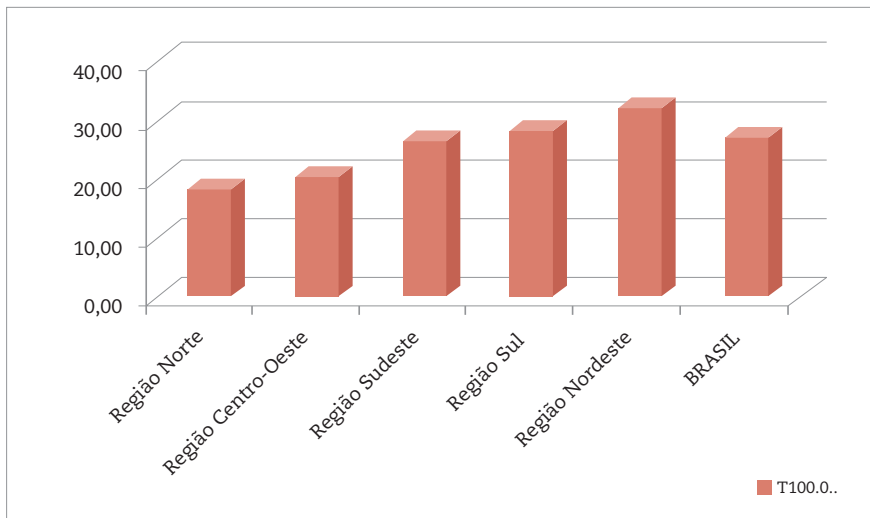
No Brasil, há desigualdades regionais em relação aos óbitos por DM. O gráfico 3 evidencia essas desigualdades: as regiões Nordeste, Sul e Sudeste, as mais urbanizadas do país, são as que apresentam maior taxa de mortali-

dade por essa doença. Isso mostra que há uma relação entre a urbanização e a DM. Consequentemente, a região que apresenta a menor taxa de mortalidade é a região menos urbanizada: a Região Norte.

Em relação à idade dos pacientes internados com **diabetes**, em 2011, a grande maioria foi composta por pessoas idosas (mais de 60 anos). As internações hospitalares, no ano de 2011, por diabetes de pessoas com mais de 50 anos totalizaram 75% (enquanto que a mortalidade foi de 91%, na mesma faixa etária) e acima de 70 anos, 30,70%.

Para você conhecer mais sobre **Diabetes Mellitus**, acesse o site da Sociedade Brasileira de Diabetes: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade por diabetes segundo Região.



Fonte: DATASUS (2009)



Saiba mais

Há muitas informações de seu Estado nos sites das Secretarias de Estado da Saúde, cujo endereço é: <<http://www.saude.SIGLADOESTADO.gov.br/>>. Em São Paulo, o endereço é: <<http://www.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

Para exercitar: Para praticar o que estudamos até aqui, pesquise no site do DATASUS: o sexo, a idade e a distribuição geográfica do DM no seu estado e principais municípios. Registre sua pesquisa no destaque de conteúdo (AVEA).

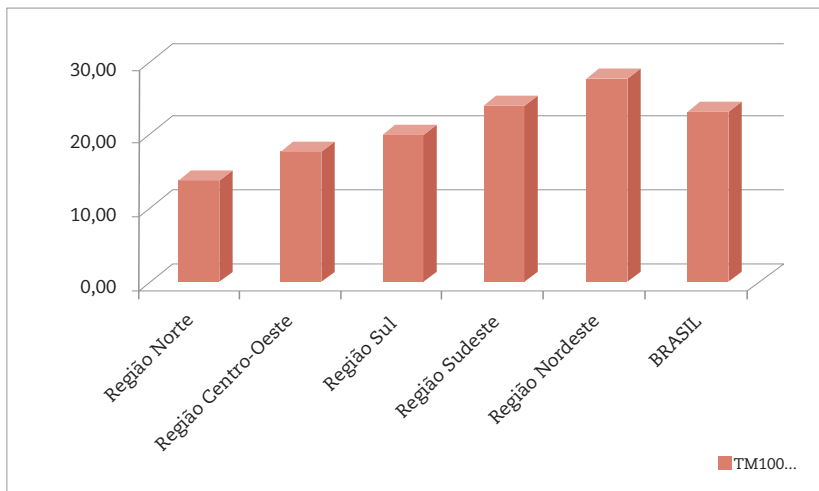
2.2.5 Hipertensão Arterial (HA)

A HA é uma doença silenciosa, pois, muitas vezes, a pessoa com HA não sente qualquer sintoma. Ela é causa básica de outros problemas, como as doenças cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, que são consequência da HA não controlada.

Os dados mostram que entre 2000 e 2009, no Brasil, 53% dos óbitos por doença hipertensiva foi em pessoas do sexo feminino, o que mostra que essa doença matou proporcionalmente mais mulheres do que homens.

Quanto à distribuição geográfica, a região Nordeste, segundo o Gráfico 3, é a Região com maior taxa de mortalidade em 2009, seguida pelas Regiões Sudeste e Sul. Note que, novamente, a região Norte foi a que apresentou a menor taxa. Temos que considerar que os percentuais de idosos nas Regiões Sudeste e Sul são os maiores do país, enquanto que na Região Norte são os menores.

Gráfico 3: Taxa de mortalidade por doença hipertensiva segundo Regiões.



Fonte: DATASUS (2009)



Palavra do profissional

Você sabe como está a situação da doença hipertensiva no seu Estado ou Cidade? Sabe que site deve acessar? Se sim, parabéns. Caso não, releia o item sobre sistemas de informação.

2.2.6 Neoplasias

As neoplasias, como você sabe, ocasionam um número elevado de mortes no Brasil, configurando-se a segunda causa de mortes no país. A incidência e a prevalência do câncer vêm aumentando progressivamente nas últimas quatro décadas, no Brasil e no mundo. A maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente naqueles com poucos e médios recursos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2007). A explicação para o aumento da incidência dos casos de câncer está relacionada à exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. Como você viu, a industrialização e a urbanização redefiniram os padrões de vida das pessoas (uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo), modificando o perfil epidemiológico das populações. Somam-se a essas condições as alterações demográficas, como redução das taxas de mortalidade e de natalidade, o aumento da expectativa de vida e do número de idosos. Todos esses fatores contribuem com o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Segundo as estimativas da OMS para o ano de 2030, podem ser esperados cerca de 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas com câncer (BRASIL, 2011).





Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil e no mundo, acesse os dados estatísticos GLOBOCAN 2008, publicados em 2010, pela International Agency for Research on Cancer. Nessa estatística você poderá encontrar a incidência e a mortalidade por câncer de diversos países. Os dados podem ser encontrados no formato de tabelas, gráficos e mapas. Entre no endereço eletrônico <<http://globocan.iarc.fr/>> e conheça, também, o que foi publicado pela International Agency for Research on Cancer (2010).

No Brasil, as estimativas para 2012 e 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil novos casos.

São esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Segundo projeções estatísticas, os tipos mais recorrentes serão os cânceres de pele não melanoma (aproximadamente 134 mil novos casos); para o câncer de próstata estima-se cerca de 60 mil casos; para o câncer de mama em torno de 53 mil; para o câncer de cólon e reto somam 30 mil; para o de pulmão chega a 27 mil casos; as estimativas dos casos de câncer de estômago giram em torno de 20 mil; enquanto que os casos de câncer de colo do útero aproximam-se de 18 mil (BRASIL, 2011). A figura 6 apresenta a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em homens e mulheres estimada para o Brasil, em 2012.

Figura 7 – Distribuição proporcional dos 10 tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, por sexo, exceto pele não melanoma.

Localização primária	casos novos	percentual			Localização primária	casos novos	percentual
			Homens	Mulheres	Mama Feminina	52.680	27,9%
Próstata	60.180	30,8%			Cólon do Útero	17.540	9,3%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Cólon e Reto	15.960	8,4%
Cólon e Reto	14.180	7,3%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%
Estômago	12.670	6,5%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Estômago	7.420	3,9%
Esôfago	7.770	4,0%			Ovário	6.190	3,3%
Bexiga	6.210	3,2%			Corpo do Útero	4.520	2,4%
Laringe	6.110	3,1%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%					

Fonte: Brasil (2011)



Saiba mais

Você pode ampliar seus conhecimentos com a leitura de: Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

O perfil epidemiológico do câncer demonstra sua magnitude sendo reconhecido como problema de saúde pública pela sua alta incidência, prevalência, mortalidade e baixa taxa de sobrevivência. É importante conhecer a situação do câncer, pois permite o estabelecimento de prioridades e alocação de recursos de forma direcionada para a modificação positiva do cenário epidemiológico no Brasil (BRASIL, 2011).

O câncer, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, pode causar danos devastadores para os indivíduos, para famílias inteiras e para a sociedade. O adoecimento por câncer muda o padrão cotidiano de vida do paciente, promovendo alterações físicas, psicológicas, sociais, espirituais, econômicas e profissionais (BRASIL, 2011; ROSA, 2011).

No Brasil, o INCA é a organização pioneira na abordagem da vigilância do câncer, de forma nacional e integrada. As informações e análises decorrentes da vigilância epidemiológica do câncer são o alicerce para a tomada de decisões no combate e controle do câncer (BRASIL, 2012a).



Saiba mais

Para você saber mais sobre o tema, leia a publicação do Instituto Nacional do Câncer, intitulada: A situação do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/situacao/>> Acesso em: 29 jun. 2012.

2.3 Resumo

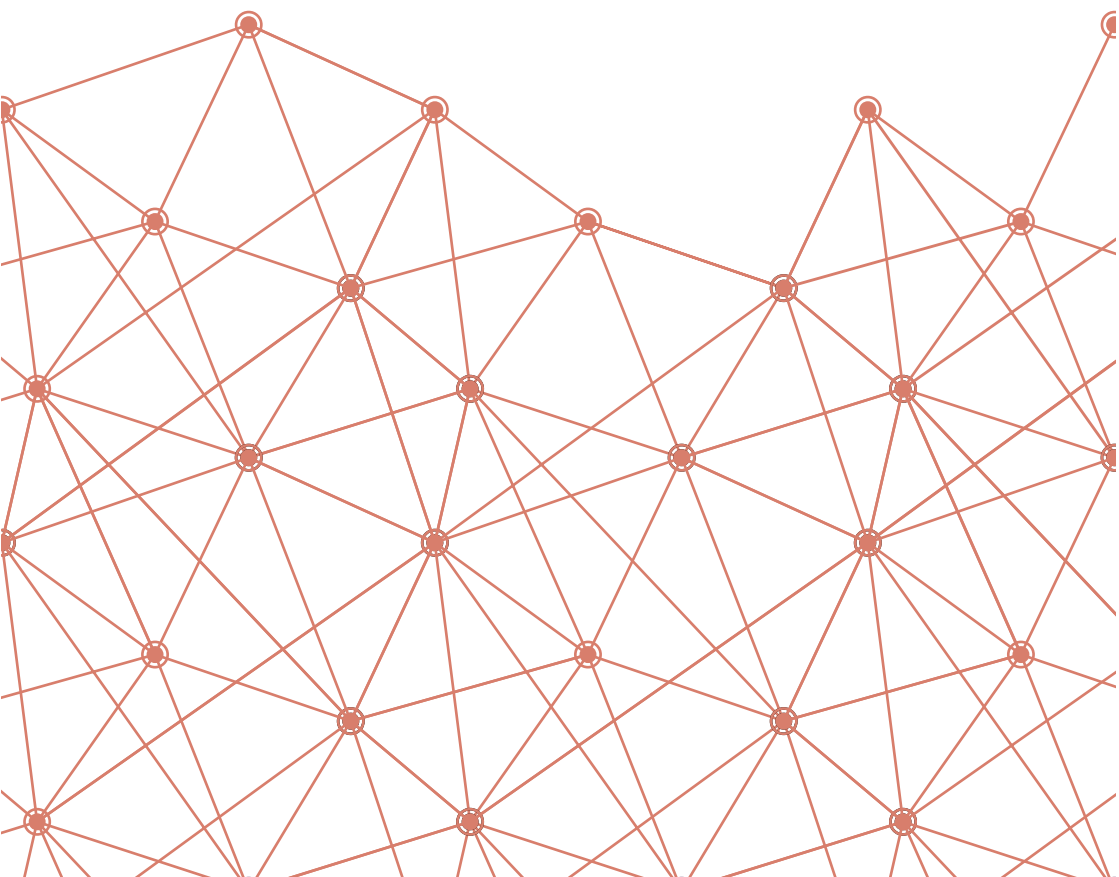
Nesta unidade você conheceu alguns dos aspectos epidemiológicos das DCNT. Estudou, também, sobre a importância das DCNT e os impactos que elas impõem na realidade atual, com destaque para o DM, a HA e o Câncer. A escolha dessas DCNT foi feita em decorrência do que vem sendo proposto pela OMS e pelo Ministério da Saúde/Brasil. O câncer, o DM e a HA são responsáveis por cerca de 50% dos óbitos no Brasil.

Esperamos que você tenha aprendido o caminho para buscar essas informações, ou então, lembrado como acessá-las! O mais importante é utilizá-las para orientar as suas ações em saúde e para o planejamento da atenção à saúde da população.

2.4 Fechamento

De posse desse novo conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos das DCNT, você está preparado para entrar nas demais unidades que compõem este Módulo V. Esses dados são dinâmicos e atualizados frequentemente, portanto, sempre que for utilizá-los, certifique-se que eles são os mais atuais!

UNIDADE 3



Unidade 3 – Modelos de atenção à saúde em DCNT com enfoque nas Linhas de Cuidado e Clínica Ampliada

Espera-se que ao final desta unidade você seja capaz de compreender os modelos de atenção à saúde em DCNT com enfoque nas Linhas de Cuidado e Clínica Ampliada.

3.1 Introdução

Nesta unidade, você terá a oportunidade de refletir sobre os modelos de atenção à saúde em DCNT com enfoque nas Linhas de Cuidado e Clínica Ampliada. Esses modelos se baseiam na necessidade de um cuidado que integre ações de promoção, de vigilância, de prevenção e de assistência, operacionalizado por meio das Linhas de Cuidado.

3.2 O que são modelos de atenção à saúde

Os modelos de atenção à saúde têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços e populações. Esses modelos incluem ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade. Nesse sentido, não deveriam ser entendidos como um padrão, nem exemplo (PAIM, 2002).

Assim, o modelo de atenção à saúde consiste numa forma de combinar as técnicas e as tecnologias para resolver problemas e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas.

É, portanto, uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou nos processos de trabalho em saúde. Os modelos também apontam para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Dessa forma, correspondem à dimensão técnica das práticas de saúde.

Você pode reparar que em relação aos modelos de atenção à saúde, observamos uma distinção entre os modelos dirigidos às condições agudas e os voltados às condições crônicas. Apesar de não ser o nosso objetivo adentrar nesses modelos, na sequência, vamos mencionar alguns para efeito de ilustração (MENDES, 2009).

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS CONDIÇÕES AGUDAS:	<ul style="list-style-type: none">a) The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)b) Australasian Triage Scale (ATS)c) Manchester Triage System (MTS)d) Advanced Trauma Life Support (ATLS)e) Advanced Cardiac Life Support (ACLS)
MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS:	<ul style="list-style-type: none">a) O Modelo da Atenção Crônicab) O Modelo de Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas da OMSc) O Modelo do Serviço Nacional de Saúde e de Atenção Social do Reino Unidod) O Modelo da Atenção Crônica Expandido de British Columbiae) O Modelo do Ciclo de Vida da Nova Zelândiaf) A Pirâmide da Kaiser Permanente

Ao analisar esses modelos, você pode sentir-se intrigado diante das dificuldades que o sistema de saúde enfrenta para dar respostas adequadas ao acesso aos tratamentos das condições crônicas de saúde, apesar dos esforços e estratégias direcionados aos problemas e necessidades individuais e coletivas. Quando os problemas de saúde são crônicos, devem receber tratamento específico para as DCNT, pois, o modelo de tratamento agudo não funcionará (OMS, 2003). Enfrentar condições crônicas na mesma lógica das condições agudas pode ser reconhecido como um dos problemas centrais dos modelos contemporâneos de atenção à saúde.

Em outras palavras, as condições crônicas estão sendo tratadas com tecnologias destinadas a responder aos episódios agudos dos agravos, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência e emergência.

Quando tocamos nesta questão de adequabilidade do cuidado, em relação à condição de saúde, chegamos ao ponto central desta unidade.



Palavra do profissional

Veja que é necessária uma mudança no atual modelo de atenção predominante no SUS, e nessa perspectiva, exige-se uma intervenção simultânea sobre as condições agudas e crônicas de saúde.

É importante ter em mente que o atual modelo de atenção à saúde não deve ignorar a necessidade da atenção continuada nos momentos silenciosos dos agravos das DCNT, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.



Saiba mais

Você poderá ampliar seus conhecimentos sobre o assunto com a leitura da obra: **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial, elaborado pela Organização Mundial da Saúde em 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 04 de jul. de 2012.

Considerando as DCNT, daremos enfoque às linhas de cuidado e à clínica ampliada como estratégias de intervenção dentro da nova lógica assistencial proposta. Vamos lá?

3.2.1 Transição da lógica assistencial

O modelo de atenção à saúde vigente está fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. No entanto, note que esse modelo tem se mostrado insuficiente, para dar conta dos desafios sanitários atuais, e insustentável, para os enfrentamentos de problemas futuros.

Identifica-se no modelo assistencial vigente que o fluxo assistencial de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho, nesse caso, carece de interações de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde.

A proposta pensada, para vencer os desafios de se ter uma assistência integral à saúde, começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais desenvolvi-

das numa complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas e de saberes. A integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

Imaginamos, portanto, que a assistência integral começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes, como a do acolhimento e vinculação de clientela nas quais a equipe se responsabiliza pelo cuidado. Esse cuidado é exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas que estão relacionados aos cuidados da vigilância à saúde e aos cuidados individuais.

Atente para o fato de que nesse modelo assistencial o usuário passa a ser o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, rompendo com o modo tradicional de intervenção de forma fragmentada. O trabalho passa a ser integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Nessa proposta, as linhas de cuidado podem ser compreendidas como modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais. Elas permitem não só a condução oportuna dos usuários pelas diversas modalidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida. Ou seja, é um conjunto de tecnologias ou recursos utilizados durante o processo de assistência ao usuário nos diversos níveis de **atenção à saúde**, operando em vários serviços, funcionando de forma articulada e centrada no usuário. São eixos centrais de ações de cuidado, compostos por guias, fluxos, protocolos clínicos e de atenção, atribuição de responsabilidades sanitárias e de gestão e, também, compostos por outros instrumentos que viabilizam a continuidade do processo de atenção integral à saúde de cada linha.

Promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Pare agora e reflita um pouco. Na sua rotina profissional, as suas ações são norteadas por guias, fluxos, protocolos clínicos e de atenção? Você acredita que tais ferramentas contribuem para a operacionalização do seu trabalho com melhoria na qualidade da assistência? Fique tranquilo... Tais questões serão abordadas oportunamente ao longo do nosso curso.

3.2.2 Linhas de cuidado e clínica ampliada

Linha de cuidado pode ser entendida como o **itinerário** que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde. Ela expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, objetivando atender as suas necessidades de saúde. Perpassa todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média a alta complexidade) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).

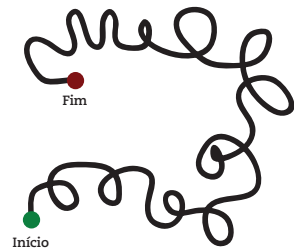
Após o exemplo, você conseguiu remeter a palavra itinerário à complexa rede e trama de saúde a qual o usuário percorre a fim de que suas necessidades sejam atendidas? Ao olhar para a ilustração você identifica os nós da assistência? Esse é o nosso grande desafio!

Cabe aqui diferenciar a linha de cuidado dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. A grande diferença consiste no fato de que a linha de cuidado ultrapassa os protocolos estabelecidos e facilita o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita, permite ainda, a reorganização do processo de trabalho, inclusive por meio de novos pactos entre os gestores.

Inserida no SUS, e operacionalizando os seus princípios e diretrizes, fica mais apropriado denominá-la Linha de Cuidado Integral, pois incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde. Isso significa unir ações preventivas, curativas e de reabilitação e proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde simples visitas domiciliares pela Estratégia da Saúde da Família até recursos de alta complexidade hospitalar. Além disso, a Linha de Cuidado Integral requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais.

A concepção de Linhas de Cuidado pressupõe o rompimento com ações centradas numa profissão ou em um profissional. Pressupõe, também, o fim das ações fragmentadas e desarticuladas nas quais predominam os interesses dos prestadores de serviços de saúde, reduzindo a pessoa humana à condição de “paciente” portador de uma patologia, bem como, o fim da dicotomia entre atenção clínica e atenção epidemiológica e, ainda, o rompimento com a lógica assistencial centrada em doenças.

Itinerário significa definição de trajeto a ser percorrido. Por exemplo, uma empresa de ônibus urbanos ao definir o itinerário de determinada linha, indica todos os pontos de parada do ônibus desde o início até o fim da linha. A esta indicação dá-se o nome de itinerário.



Você percebe que a adoção dessa nova lógica assistencial requer mudanças na maneira de oferecer o cuidado? Nesse sentido, vamos adentrar na proposta da clínica ampliada.

A abordagem da **Clínica Ampliada** refere-se a uma nova forma de olhar o sujeito na clínica, não limitando-o apenas às expressões da doença de que é portador.



Saiba mais

Você poderá aprender mais sobre a abordagem da Clínica Ampliada lendo o texto: **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Disponível no link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2012.



Palavra do profissional

Por exemplo, uma pessoa que tem uma doença crônica não pode ser atendida apenas como uma pessoa com patologia, mas, para definir o seu tratamento, outras questões precisam ser consideradas além do diagnóstico.

Faz-se necessário investigar se o sujeito tem relacionamentos com outras pessoas ou não, se está empregado ou não, entre outros dados que interfiram no desenvolvimento da doença. Trata-se de considerar as singularidades, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo e, a partir disso, propor o tratamento mais adequado.

Nesse contexto, a Clínica Ampliada vem atender aos pressupostos do SUS, pois possibilita a atenção de modo individualizado, e não a simples fragmentação do sujeito a objetos, coisas ou doenças. Ela reconhece a individualidade de cada sujeito, o que exige de cada profissional de saúde uma reflexão permanente dos próprios conceitos, conhecimentos e limitações.

Note que os dispositivos para a Clínica Ampliada buscam considerar a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento, pressupondo um trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar. Dessa forma, entende-se que a operacionalização da Clínica Ampliada exige “um compromisso radical com o sujeito”.

Além de olhar o sujeito de modo singular, é preciso assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscar ajuda em outros setores através da intersetorialidade, reconhecer as limitações de cada núcleo profissional e a necessidade de buscar outros conhecimentos em diferentes áreas.

Nessa linha de pensamento, o Ministério da Saúde aponta que “a Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a de combater doenças, mas a de transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver” (BRASIL,2009).

A adoção de um cuidado fundamentado nas linhas de cuidado e na clínica ampliada pressupõe, como meios de trabalho, alguns itens, tais como: a integração da equipe multiprofissional; a inserção de clientela e a construção de vínculo; a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso; e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Cabe lembrar que ao longo deste módulo, aprofundaremos o conceito de projeto terapêutico.

As linhas de cuidado do Sistema Único de Saúde, são compostas por alguns princípios de gestão, confira a seguir:

- a) interinstitucionalidade;
- b) intersetorialialidade;
- c) descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- d) hierarquização;
- e) integralidade; e
- f) participação da comunidade.

E por princípios de atenção do cuidado, quais sejam:

- a) integralidade;
- b) equidade;
- c) qualidade;
- d) humanização;
- e) resolubilidade;
- f) controle social;
- g) multiprofissionalidade;
- h) interdisciplinaridade;
- i) universalidade; e
- j) responsabilidade sanitária.



Palavra do profissional

Como está o seu conhecimento sobre esses conceitos? Se não estão claros para você, sugerimos que retome as definições. Se sim, você consegue traduzi-los em prática profissional?

Atento ao princípio do SUS, o objetivo de uma Linha de Cuidado é romper com a **fragmentação da atenção** às necessidades sociais dos usuários. Com a linha de cuidado, intenciona-se romper com ações e serviços de saúde centrados em procedimentos, tarefas e atos desconexos, compartimentados e fragmentados.

A ideologia da Linha de Cuidado é gerar a responsabilidade pelo cuidado. Em outras palavras, os profissionais de saúde trabalhando em conjunto se responsabilizam pelo paciente desde a sua inserção na rede de cuidados até a satisfação de sua necessidade integral.

A linha de cuidado é, portanto, uma nova forma de os profissionais de saúde se relacionarem com os indivíduos e com a coletividade atendendo as suas necessidades sociais de cuidado. Essa relação acontece desde a entrada do paciente no sistema de cuidado e acompanha todos os níveis de atendimento, como os serviços de urgência, de clínicas, de consultórios, ou

Essa **fragmentação** corresponde à não responsabilização, ao não comprometimento de profissionais, de profissões e de instituições com as necessidades individuais ou coletivas.

de centros de atenção básica; os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de especialidades e hospitalares, entre tantos outros possíveis.



Palavra do profissional

Está mais clara para você, agora, a questão do itinerário discutida anteriormente?

Obviamente, a consecução da linha de cuidado pressupõe uma eficaz, eficiente e efetiva rede de ações e de serviços de cuidado, com profissionais suficientes, competentes e qualificados para dar-lhe cumprimento, além de recursos compatíveis com a ideia de integralidade e de humanização do cuidado. Para melhor compreensão, apresentam-se na sequência, os conceitos de Eficiência, Eficácia e Efetividade.

- **Eficiência:** trata de como fazer, e não do que fazer. Trata de fazer certo, e não fazer a coisa certa. Quando se fala em eficiência, se fala em produtividade. Eficiente é a pessoa preocupada em realizar as suas tarefas. Ser eficiente é atingir a meta estabelecida, sem explorar ao máximo o potencial. O comportamento eficiente cumpre o prometido, com foco no problema, nem mais, nem menos.
- **Eficácia:** por sua vez, trata do que fazer, de fazer as coisas certas, da decisão ou caminho a seguir. Eficácia está relacionada à escolha, e depois de escolher o que deve ser feito, fazê-lo de forma produtiva que leve à eficiência. A eficácia é característica de quem se preocupa em conseguir bons resultados e costuma ir um pouco além da eficiência. A pessoa eficaz, geralmente, refaz a atividade até sentir-se superando as limitações identificadas no início. Quem é eficaz preocupa-se com a exploração máxima de suas potencialidades e com a superação dos limites, com base na criatividade. Eficácia é fazer as coisas certas.

Para fins de analogia e exemplificação, eficiência é cavar, com perfeição técnica, um poço artesiano. Eficácia é encontrar a água.

- **Efetividade:** congrega o positivo que existe na eficiência e na eficácia. Ser efetivo é orientar as ações e recursos em busca do melhor resultado (eficácia), desenvolvendo as atividades no melhor padrão de qualidade *versus* tempo (eficiência). É fazer as coisas de forma certa, com a certeza de estar fazendo a coisa certa.



Saiba mais

Amplie seus conhecimentos com a leitura do capítulo: Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica (p. 48-51) do Cadernos Humaniza SUS. Disponível no link: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2012.

A efetividade da atenção está relacionada à compreensão de que as condições de saúde são determinadas pela história e condições de vida dos diversos extratos sociais e, como consequência, pelo reconhecimento de que o enfrentamento dos problemas de saúde não se limita à atuação do setor. Para que se alcance a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida é necessário um trabalho conjunto com os outros setores responsáveis pelas políticas sociais, redefinindo as responsabilidades e as potencialidades.

Quando mencionamos outros setores responsáveis, você consegue lembrar de uma situação da sua prática em que essa articulação se fez necessária? Se não, vamos lá, que tal um exemplo?



Compartilhando

Você, enfermeiro, recebe na UBS, para consulta de enfermagem, o Sr. José, 42 anos, casado, 4 filhos, desempregado. Diagnóstico de HAS, DM e dislipidemia. Ao orientá-lo sobre os três pilares do tratamento em HAS e DM (dieta saudável, atividade física e tratamento medicamentoso), você identifica, por meio da fala do Sr. José, que a renda familiar que vem dos “bicos” que ele faz está sendo insuficiente para atender às necessidades básicas da família, já que ele é o único provedor. Dessa forma, se tornam insustentáveis as orientações do fracionamento das refeições, bem como da diversidade dos grupos alimentares que devem ser consumidos, já que o Sr. José refere que, na maioria das vezes, a família realiza apenas uma refeição diária.

Diante desse caso, você consegue compreender que as ações dirigidas ao Sr. José exigem a atuação de outros setores e serviços de apoio, como por exemplo a assistência social?

A ilustração abaixo configura, de forma muito clara, a questão da interseccionalidade, ou seja, os aparatos que devem compor as práticas assistenciais com vistas a contemplar as necessidades dos usuários.

Figura 8: Pontos de atenção SUS



Fonte: Brasil (2010)

Analisando a figura, você consegue perceber que é fundamental o planejamento da oferta de serviços de saúde na perspectiva da equidade, considerando as necessidades de cada subgrupo populacional, com vistas à redução das desigualdades no estado de saúde entre grupos populacionais de distintas condições sociais, sendo pontos fundamentais para isso:

- a) a definição de áreas de abrangência das unidades de saúde tendo como base a utilização efetiva pela população, proporcionando uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários;
- b) o planejamento dos recursos a serem alocados com base no diagnóstico das necessidades da população;

- c) o rompimento com a tendência do atendimento espontâneo, voltado às pessoas que na dependência de seu grau de percepção ou sofrimento procuram os serviços de saúde;
- d) a organização e o estímulo da demanda a ser atendida a partir das necessidades de grupos populacionais residentes em um dado território, utilizando-se como instrumento para isso, o planejamento.

Sempre lembrando que tal planejamento fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realizam e coordenam os cuidados em todos os **pontos de atenção**.

Os **pontos de atenção** à saúde são entendidos como espaços de oferta de determinados serviços de saúde por meio de uma produção singular.



Palavra do profissional

Tenha em mente quais são os ambientes considerados pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Note, portanto, que os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, etc.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, e eles se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Desse modo, a assistência não é mais entendida como, apenas, atendimento aos usuários em um sistema de consultas, e sim, como a construção de uma outra dimensão para o serviço: a dimensão do cuidado.

Nessa dimensão do cuidado há promoção, educação para a saúde e assistência com o estabelecimento de canais efetivos de interlocução entre serviço e sociedade, caracterizada muito mais por um trabalhar “com” o paciente, do que por um trabalhar “para” o usuário. Nesse contexto, há vínculo e maior responsabilização para com o usuário e seu universo.

Assim, as linhas de cuidado somente podem ser definidas a partir de uma articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, com definição efetiva da operacionalização do sistema de referência e contrarreferência. Os princípios norteadores devem estar claramente definidos em toda a rede de atenção.

3.3 Resumo

Apresentamos nesta unidade o conceito de modelos de atenção à saúde, entendidos como a dimensão técnica das práticas de saúde. Percebemos que eles correspondem à maneira de organizar os meios de trabalho com o objetivo de resolver os problemas e atender às necessidades individuais e coletivas dos pacientes.

Também mencionamos que existem modelos de atenção à saúde específicos para os agravos agudos e para os agravos crônicos de saúde, mas que a intervenção concomitante sobre essas condições apresenta-se como uma estratégia para superar a atual crise nos serviços de saúde contemporâneos.

Nessa perspectiva de mudança, comentamos a necessidade de um cuidado que integre ações de promoção, de vigilância, de prevenção e de assistência, operacionalizado por meio das linhas de cuidado. Acrescenta-se que essa nova lógica assistencial exige, também, mudanças na maneira de fazer clínica, e a clínica ampliada apresenta-se como uma nova forma de olhar o sujeito. Não somente o diagnóstico subsidia as ações, mas as singularidades do sujeito são consideradas no estabelecimento de um tratamento mais direcionado.

3.4 Fechamento

Esperamos que ao término desta unidade você consiga identificar na sua prática as características do modelo de atenção vigente e, se ele se pauta nas ações curativas, centrado no modelo médico e estruturado na demanda espontânea.



Palavra do profissional

Você consegue perceber a distinção entre os cuidados ofertados às doenças agudas e às crônicas no seu contexto de trabalho? Convidamos você a fazer uma reflexão em relação à necessidade da reorganização da assistência prestada.

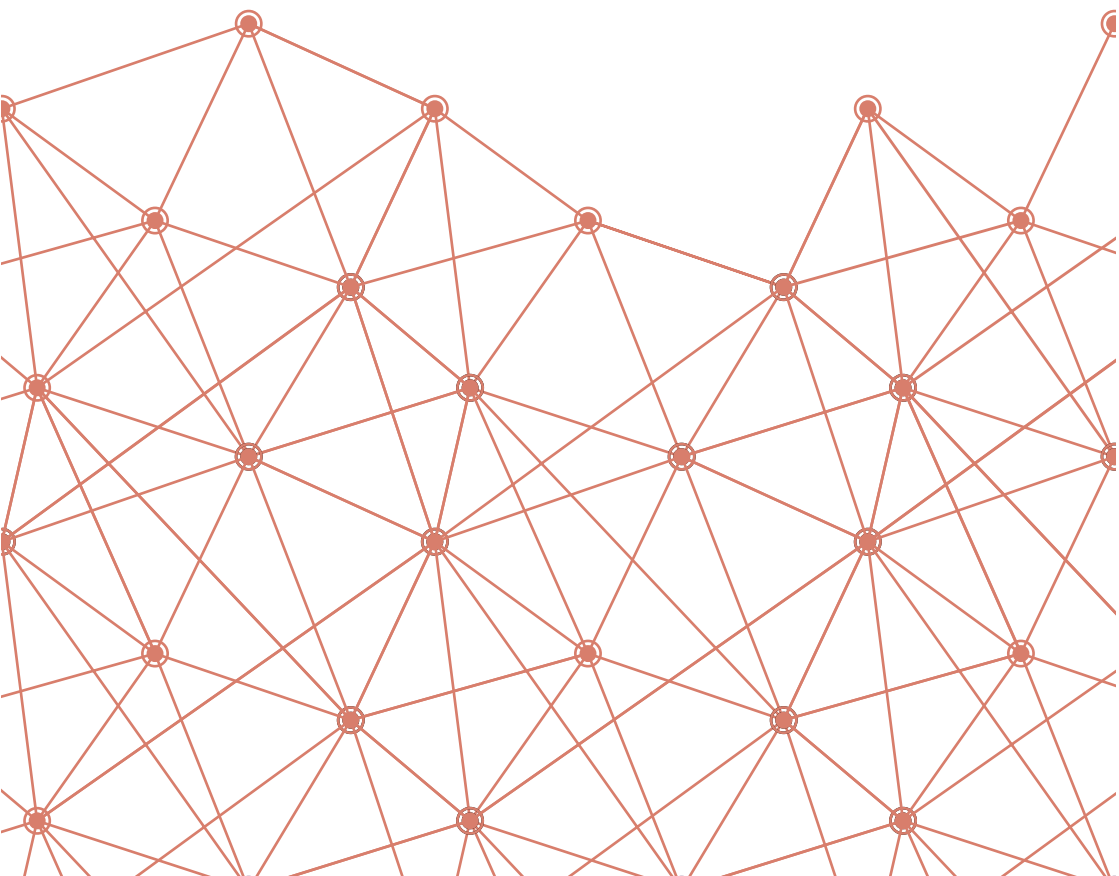
Esperamos que você visualize a incorporação das linhas de cuidado e da clínica ampliada na sua rotina e, mais do que isso, identifique as possibilidades e as dificuldades que você acredita existirem para a implementação dessa nova lógica assistencial.



Saiba mais

Para melhor compreensão do conteúdo abordado, recomendamos que você faça a leitura complementar: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Estrutura e funcionamento da rede de atenção em DCNT.

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer a estrutura e o funcionamento da rede de atenção à saúde em DCNT.

4.1 Introdução

Nesta unidade, você aprenderá um conjunto de dados e conhecimentos relacionados à estrutura e ao funcionamento da rede de atenção em DCNT e do Sistema Único de Saúde (SUS). Você perceberá que muitos processos de fluxo, de referência e contrarreferência de usuários ultrapassam o âmbito do espaço da unidade de saúde, mas que são essenciais para que os princípios do SUS sejam cumpridos no momento do atendimento realizado pelos profissionais de saúde.

4.2 Desafios

O crescimento das DCNT resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e em aumento de gastos com tratamentos ambulatoriais, internações hospitalares e reabilitações oferecidas pelo SUS. Tais fatos apresentam importantes desafios e requerem a reestruturação de políticas de saúde que possam dar conta desse novo perfil populacional.

O SUS tem investido na construção de uma política pública que, por um processo de criação de consensos e responsabilização compartilhada, trabalhe por um **atendimento de saúde integral**. Esses investimentos abarcam as três esferas da gestão pública de saúde: Federal, Estadual e Municipal.

A **saúde integral** deve operar na atenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando os níveis hierárquicos de assistência.

Identifica-se, nesse cenário, que os maiores desafios da saúde, hoje, são melhorar a qualidade da atenção primária e trabalhar com maior integração entre os serviços para a construção das linhas de cuidado, avançando, dessa forma, no sentido da integralidade. Para enfrentar esse desafio é necessário contar com trabalho interdisciplinar e investir na maior eficiência da APS com ofertas de **ações diversas** e que, comprovadamente, colaborem com a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos pacientes.

Acolhimento, grupos educativos, terapia comunitária, visitas domiciliares, grupos de atividade física, atividades comunitárias, entre outros.



Palavra do profissional

Diante disso, você profissional de saúde inserido nessa rede de cuidados, já pensou nos desafios que encontra na sua prática diária? Consegue identificá-los e refletir criticamente propondo estratégias locais de reestruturação e melhoria dos cuidados?

4.2.1 Organização e funcionamento da rede de atenção em DCNT

Cabe lembrar que o grande desafio da atenção em DCNT é investir na melhoria da qualidade da atenção em saúde oferecida à população. Para isso, é preciso:

- a) aperfeiçoar o acolhimento aos usuários;
- b) aumentar a resolução de problemas em toda a rede de serviços;
- c) incentivar a responsabilização dos profissionais e das equipes de saúde pelo cuidado dos pacientes;
- d) integrar os serviços por meio de linhas de cuidado; e
- e) aumentar a articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde.

É fundamental, para você enfermeiro, reconhecer a organização e o funcionamento da rede de atenção em DCNT em que atuará, na prática, como parte integrante desse processo.

Então, conheça melhor sobre a organização da rede de atenção em DCNT e seu funcionamento.

I Organização

Quando o modelo tradicional, “hospitalocêntrico”, lida com a assistência de DCNT, seu sistema de organização dos serviços não consegue trazer a solução e a eficiência necessárias à gestão das doenças crônicas.



Palavra do profissional

Esperamos que, nesse momento, você tenha visualizado a imagem daquele modelo tradicional, didaticamente traduzido em uma estrutura piramidal. Se não conseguiu, busque essa imagem! Com ela, você poderá compreender melhor a transição entre os modelos organizacionais.



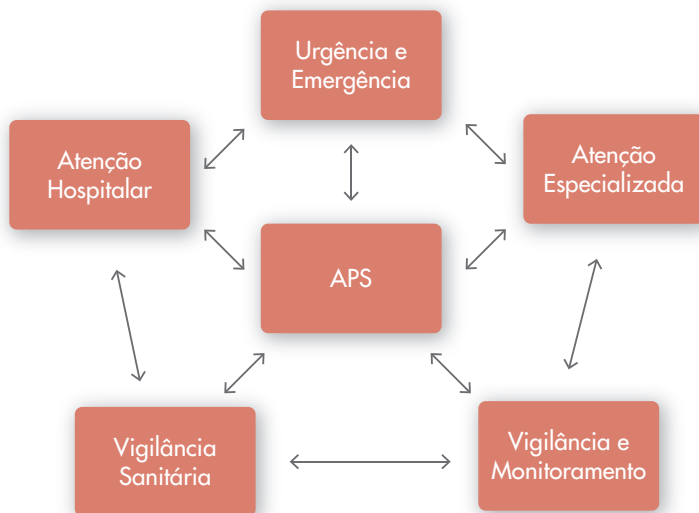
Saiba mais

Caso você encontre dificuldades em visualizar a estrutura piramidal, faça a seguinte leitura:

MERHY; MALTA e SANTOS. **Desafios para os gestores do SUS, hoje:** compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2012.

Com os propósitos de resolução e de eficiência necessários à gestão da DCNT, Mendes (2009), autor já explorado em módulos anteriores, propõe que o sistema de saúde seja organizado com base em uma rede poliárquica. Neste modelo, a APS ocupa a posição central, devendo trabalhar de forma articulada, organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado que envolve todos os níveis envolvidos.

Figura 9: Modelos de APS.



Fonte: Mendes (2009)

A rede possui uma população sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Esse grupo de pessoas vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrado e registrado em subpopulações por riscos socio sanitários.

É importante destacar a necessidade de se conhecer os registros e de mantê-los em sistemas de informação eficazes para a consulta sobre as características particulares de cada população.

Você verá, adiante, o papel dos sistemas de informação na gerência dos serviços de saúde direcionadas ao tratamento das DCNT.

Esse conhecimento sobre a população sob sua responsabilidade é obtido mediante o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.



Palavra do profissional

Diante do exposto, reflita sobre as peculiaridades locais e o seu processo de trabalho, identifique de que forma a sua rede de atenção está estruturada. Quais os pontos que convergem e divergem da rede poliárquica de organização? Como se encontra o processo de garantia do prosseguimento da assistência nos demais níveis de complexidade? A sua Unidade Básica de Saúde se encontra em sintonia com os demais níveis de atendimento?

A seguir, você conhecerá sobre o funcionamento dos serviços de saúde direcionados às DCNT.

II Funcionamento

A principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde é a organização dos processos de trabalho, de forma que eles operem centrados no usuário e em suas necessidades. Observe que, no atual modo de produção de saúde, prevalece o uso de **tecnologias duras** em detrimento de **tecnologias leve-duras e tecnologias leves** para o cuidado dos pacientes. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão dessas tecnologias de cuidado utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado (MERHY, 1997).

Tecnologias duras – estão inscritas em máquinas e instrumentos.

Tecnologias leve-duras - são definidas pelo conhecimento técnico.

Tecnologias leves - constituem as tecnologias das relações.



Saiba mais

Você poderá adquirir novos conhecimentos com a leitura das seguintes obras: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. HUCITEC, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2012.

Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Dez. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2012.



Palavra do profissional

Observamos que, na prática, grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, os insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento da escuta e do vínculo no cuidado em saúde.

Você reconhece esses elementos em sua prática diária? O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar (BRASIL, 2010).

Você aprenderá, agora, sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este projeto consiste num conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, e é resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, conta também com apoio matricial. Geralmente, o PTS é dedicado às situações mais complexas. Trata-se de uma variação da discussão de “caso clínico”.

O PTS foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe na qual todas as opiniões são consideradas importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.

O nome **Projeto Terapêutico Singular**, em lugar de **Projeto Terapêutico Individual**, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser criado para atender grupos ou famílias e não somente para um indivíduo. O nome reforça, ainda, a ideia de que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (BRASIL, 2008).

Este é o momento de se pensar o Projeto Terapêutico Singular com base na escuta e na responsabilização com o cuidado.



Saiba mais

Lembre-se de que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e a minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, entre outros. Caso deseje conhecer mais sobre o Projeto Terapêutico Singular, faça uma leitura da obra indicada.

LINASSI, J., et al. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Revista Contexto e Saúde**. v. 10, n. 20, p. 425-434, 2011.

É importante destacar que não estamos afirmando que equipamentos e conhecimentos estruturados da clínica e da epidemiologia não devem ser considerados no momento da clínica, pois os consideramos fundamentais para a definição do projeto terapêutico.

Contudo, o foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar, quais sejam: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir dessas relações, e não o contrário como se observa na maioria dos casos.

Repare que o acompanhamento dos indivíduos com DCNT na APS envolve ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, com estratégias de ações direcionadas ao indivíduo e ao grupo, como visitas domiciliares e atendimento multiprofissional baseados em protocolos bem estruturados e fundamentados que contemplem as necessidades dos pacientes. O acompanhamento envolve também o acesso a exames complementares, ao tratamento e ao rastreamento de possíveis complicações com encaminhamento para níveis mais complexos do sistema, quando necessário.

Esperamos, neste ponto, que você reflita se tais ações envolvidas na atenção em DCNT estão contempladas em sua prática diária.

Os serviços e as ações oferecidas nessa Rede de Atenção à Saúde são desenvolvidos e sustentados por uma equipe de saúde multiprofissional que compreende:

- a) médicos;
- b) enfermeiros;
- c) auxiliares e técnicos de enfermagem;

- d) agentes comunitários de saúde;
- e) agentes administrativos;
- f) nutricionistas;
- g) psicólogos;
- h) assistentes sociais;
- i) professores de educação física;
- j) fisioterapeutas;
- k) farmacêuticos, entre outros.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos são fundamentais para o alcance de metas estabelecidas para a rede. Você consegue se incluir nesse processo?

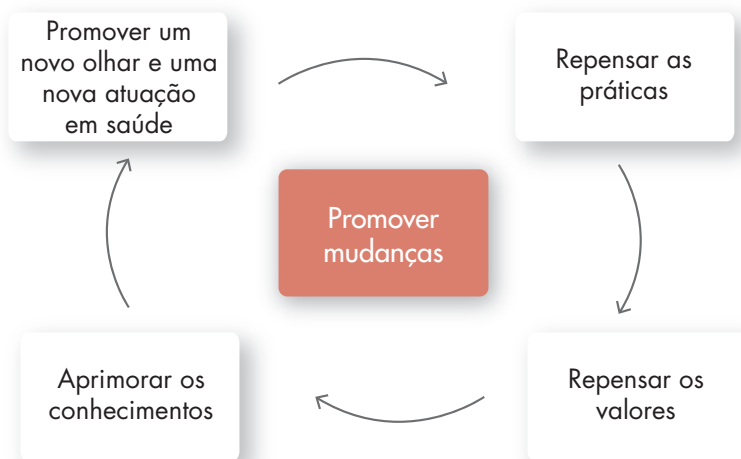
Os membros de um grupo multiprofissional devem trabalhar de acordo com os limites e especificidades de sua formação e, respeitada essa especificidade, necessitam conhecer a ação individual de cada um dos outros membros. Além disso, cada local de trabalho deve adequar-se ao seu contexto de atuação. No entanto, deve ficar claro que não há necessidade de todo esse grupo para a formação da equipe.

O trabalho em equipe constitui uma das diretrizes mais importantes da APS. Ele deve superar a prática tradicional de simplesmente compartilhar os espaços físicos. As responsabilidades específicas de cada profissional devem estar voltadas para os objetivos comuns da equipe e sua prática deve ser motivada pela eficácia, pela efetividade e pela eficiência do trabalho.

Caso você ainda tenha dúvidas em relação a esses conceitos, retome as definições apresentadas no início da unidade. Eles tratam de mudanças profundas na maneira de trabalhar com a saúde. Você compreende como essas mudanças atingem o seu cotidiano?

Observe a figura a seguir:

Figura 10: Promover mudanças nas práticas profissionais.



Fonte: Mendes (2009)

Para que tais mudanças tenham resultados, os profissionais devem ter:

- a) competência técnica;
- b) criatividade;
- c) senso crítico;
- d) práticas de atendimento humanizadas e resolutivas; e
- e) capacitação para atuar no planejamento e na avaliação das ações, bem como na articulação intersetorial.



Palavra do profissional

Você compreendeu o que significa trabalhar em equipe? Sugerimos uma pausa para reflexão. Pense em seu contexto de trabalho, no que aprendeu até aqui, e responda: Como ocorre o trabalho em equipe no seu ambiente de trabalho? Que características o definem? Trabalhar em equipe é uma dificuldade no seu contexto?

O trabalho em equipe apresenta-se como uma estratégia eficaz para lidar com a diversidade e a complexidade de situações vivenciadas em saúde. Com o propósito de ofertar uma atenção integral e resolutive, torna-se necessário construir capacidades de análise e de intervenção ampliadas, o que requer não apenas a presença de diferentes formações profissionais, mas sim um alto grau de articulação entre elas. De acordo com Peduzzi (2001), o projeto assistencial comum consiste num sinalizador da integração da equipe.



Saiba mais

Você pode aprender mais sobre “Trabalho em Equipe”, para auxiliar nesse processo, indicamos a leitura do artigo: ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Para exercitar: O que você entende por projeto assistencial comum? Consegue identificar um exemplo da sua prática? Que tal um exercício? Vamos lá, descreva esse caso no destaque de conteúdo (AVEA).



Palavra do profissional

Podemos dizer que o projeto assistencial comum refere-se: a um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo e em equipe que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico. Os profissionais partem de uma realidade dada e, dentro de certo campo de possibilidades, constroem, pelo trabalho e pelo agir comunicativo, um projeto pertinente às necessidades de saúde estabelecidas pelos usuários e pelos profissionais.

Tais concepções, compartilhadas com base no diálogo, na experiência e no conhecimento de cada profissional, permitem que os agentes estabeleçam um senso comum no que concerne ao conteúdo que constitui o projeto assistencial comum.

Dessa forma, os núcleos de habilidades profissionais específicas vão enriquecendo o núcleo comum de competências, ampliando assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Destaca-se que, essa organização pressupõe um processo de trabalho centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Convidamos você a refletir sobre as seguintes questões: Você consegue perceber que a mudança na lógica assistencial que se almeja exige um novo olhar para o usuário? Ficou claro que a equipe de saúde precisa se reorganizar e modificar a maneira como tem atuado? Nessa lógica, você consegue dimensionar a importância de um projeto assistencial comum?

Vale ressaltar, ainda que já tenha sido abordado anteriormente, que a prática profissional na APS precisa concentrar-se, principalmente, em famílias e populações, e não apenas nos indivíduos.



Palavra do profissional

Vamos dar um exemplo prático: um profissional de uma Equipe de Saúde da Família deve abordar o planejamento da prevenção do diabetes mellitus de sua população inscrita, preocupando-se em saber qual a proporção da população da sua área de abrangência que se encontra obesa e sedentária, e não apenas perguntar individualmente ao sujeito se ele já fez o teste de glicemia no respectivo ano.

Argumenta-se que essa concepção, fundamentada nos pressupostos da Vigilância em Saúde e nos Determinantes de Saúde, encontra na APS suas melhores potencialidades de operacionalização contribuindo com as mudanças almeçadas. No entanto, a integração das práticas individuais e coletivas nos espaços de atuação da APS ainda enfrenta obstáculos de natureza político-institucional e técnica-organizativa, e de formação inicial e permanente.

4.3 Resumo

Avançando no desafio da reestruturação das políticas de saúde atuais, no qual o objetivo principal é atender ao perfil da população, discutimos nesta unidade a estrutura e o funcionamento das Redes de Atenção em Saúde. A melhoria da qualidade que se almeja, marcada pelo aperfeiçoamento do acolhimento ao usuário, pela maior resolução de problemas, pelo incentivo à responsabilização do profissional e pelas articulações entre os vários níveis de atenção, exige uma integração dos serviços.

Por outro lado, essa integração dos serviços pressupõe que o sistema de saúde seja organizado com base em uma rede poliárquica na qual a APS ocupe a posição central. O trabalho deve ser desenvolvido de forma articulada e também organizado em redes de atenção dentro de uma linha de cuidado pactuada entre todos os níveis envolvidos.

Você viu que nessa organização contempla-se a transição de um cuidado baseado na oferta dos serviços para um cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades, por meio de um projeto terapêutico singular e um projeto assistencial comum.

4.4 Fechamento

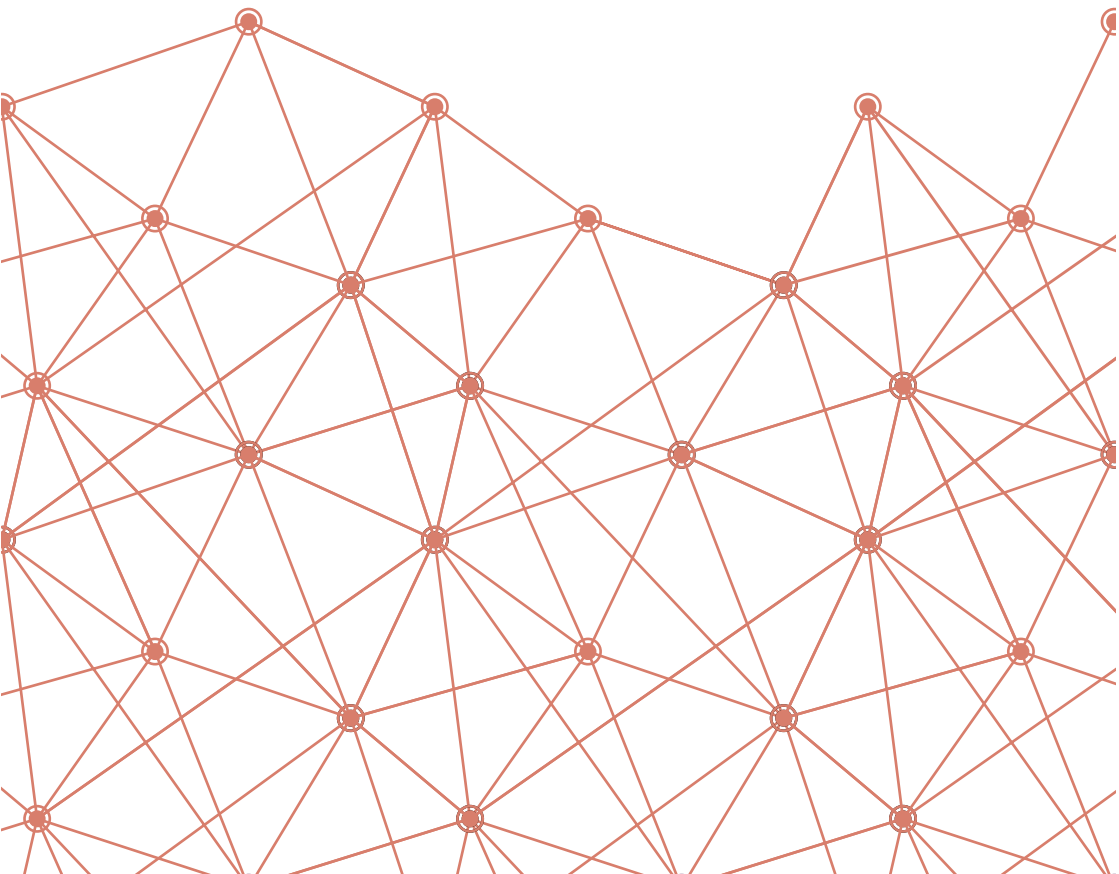
Chegamos ao final desta unidade em que você aprendeu sobre a estrutura e o funcionamento da rede de atenção em DCNT. O que você achou do desafio? O conteúdo está claro e pronto para ser incorporado em sua prática diária? A seguir, disponibilizamos textos complementares que aprofundam o conteúdo abordado e servem para apoio e esclarecimentos de dúvidas. Bom aprendizado!

4.5 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2012

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

UNIDADE 5



Unidade 5 – Sistemas de informação como ferramenta para planejamento e avaliação em saúde (HIPERDIA, SISCOLO e SISMAMA)

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer os Sistemas de Informação como uma ferramenta para o planejamento e a avaliação em saúde.

5.1 Introdução

Nesta unidade, será apresentado a você, enfermeiro, um conjunto de dados e conhecimentos relacionados aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) HIPERDIA, SISCOLO e SISMAMA, bem como a utilização desses sistemas como ferramentas para planejamento e avaliação em saúde.

No transcorrer desta unidade, você poderá refletir e traçar um paralelo com o seu processo de trabalho e reconhecer a importância dessas ferramentas no seu dia a dia.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência das DCNT de tal forma que os tomadores de decisões tenham subsídios para a elaboração de Políticas Públicas de Promoção da Saúde, de Vigilância, de Prevenção e de Assistência desses pacientes no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5.2 Sistemas de informação em saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os SIS como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação. Atente que essa ferramenta é necessária para o planejamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um **dado** em **informação** exige, além da análise, a divulgação e recomendações para a ação.

Muitos profissionais consideram **dados** e **informações** como a mesma coisa, entretanto, existe uma diferença importante entre esses conceitos, principalmente quando se referem aos dados e às informações em saúde. Dessa forma, torna-se pertinente esclarecer essa singularidade, pois é direcionadora de políticas de ação nesse setor. Observe os conceitos a seguir.

O termo Dado configura-se como qualquer elemento identificado em sua forma bruta que por si só não conduz a compreensão de determinado fato. Para fazer sentido, ele requer uma interpretação e uma análise. Já o termo Informação caracteriza-se como uma descrição mais ampliada baseada em um referencial explicativo. A Informação resulta da análise de Dados.

No setor de saúde, como em qualquer outra atividade, a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, como um instrumento para detectar o foco prioritário, levando a um planejamento responsável e a uma execução de ações que condicionem a realidade às transformações necessárias.

No âmbito da saúde, os SIS dão suporte para a gestão dos serviços de saúde, particularmente, no que se refere à organização das práticas voltadas para o atendimento individual e coletivo nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Para exercitar: Reflita sobre a questão: Você consegue evidenciar, em sua prática profissional, que Dados podem ser selecionados e transformados em Informações necessárias para a definição de ações e de estratégias de saúde, auxiliando o seu processo de tomada de decisões? Descreva alguns desses Dados no destaque de conteúdo (AVEA).

Observe que os SIS têm como objetivo informar sobre: a doença do indivíduo e seu perfil na comunidade, as causas e condições que propiciam seu aparecimento, as condutas clínicas para controle e tratamento do agravo, as ações programáticas realizadas e a extensão dos impactos da implementação das ações de saúde na população ou grupos com fatores de risco.

No SUS, essas informações são armazenadas em bancos que permitem reunir dados previamente selecionados. O SUS possui inúmeros SIS, como já foi destacado na Unidade 2 deste Módulo. Destacam-se os SIS que abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares, os de estatísticas vitais e os de vigilância epidemiológica e sanitária. Dentre estes, existem os grandes SIS nacionais, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entre outros, que são considerados elementos importantes para ações de controle, monitoramento e avaliação da atenção à saúde (THAINES,2009). Cada um desses sistemas reflete um olhar do processo assistencial.

Os dados acumulados nesses sistemas representam uma importante fonte de informação para estudos epidemiológicos, possibilitando a redução de custos e de tempo despendido nas pesquisas. Entretanto, um dos obstáculos para seu uso é a baixa qualidade em decorrência de muitos dados faltantes e incorretos (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2009). Tal dificuldade é visualizada na sua prática?

Ainda pensando nos obstáculos que permeiam os SIS no contexto do SUS, no novo modelo de assistência à saúde, é preciso reverter a atual situação de centralização de dados e de limitação de seus usos, e, também, de demora no período entre as análises e o retorno de informações para o nível local. É necessário pensar um novo sistema em que os dados passem a ser analisados no próprio município, gerando, de forma oportuna, subsídios para o planejamento e para as ações em saúde visando à melhoria da qualidade dos dados.

Você aprenderá, a seguir, um pouco sobre os SIS relacionados às DCNT, dentre elas, a Hipertensão Arterial (HA), o Diabetes Mellitus (DM), o Câncer do Colo do Útero e o Câncer de Mama.

5.2.1 Sistema de Informação HIPERDIA

O Ministério da Saúde, no período de 2001 a 2003, implantou no país o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM), com os objetivos principais de reduzir a morbimortalidade associada à HA e ao DM e de reorganizar a atenção. Essa iniciativa surgiu pela necessidade de uma abordagem ampliada do acompanhamento aos pacientes com hipertensão e com diabetes. Outras ações já tinham sido implantadas, em anos anteriores, pelo Ministério da Saúde, por secretarias estaduais e municipais, mas, ainda, se observavam a falta de vínculo do usuário com as unidades de saúde e com os profissionais de saúde e a falta de continuidade do atendimento, resultando na não garantia da identificação de complicações e do tratamento adequado a cada caso.

Você já tinha ouvido falar do PRAHADM? Para você compreender melhor, apresentaremos os objetivos específicos do PRAHADM (BRASIL, 2004):

1. Realizar ações de prevenção primária (redução e controle de fatores de risco) em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão na Norma Operacional Básica (NOB) 1/96 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 1/01.
2. Identificar, cadastrar e vincular às equipes de atenção básica as pessoas com HA e DM em 100% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão NOB/69 e NOAS 1/1.
3. Implantar, na atenção básica, o protocolo de assistência às pessoas com HA e DM.
4. Articular as iniciativas existentes no campo da promoção e da educação em saúde para contribuir com a adoção de estilos saudáveis de vida pela população.

5. Garantir o acesso aos medicamentos incluídos no elenco mínimo definido pelo MS.
6. Estabelecer um conjunto mínimo de informações sobre as ocorrências e os acompanhamentos dos agravos, em conformidade com o SIS.
7. Realizar ações de vigilância epidemiológica para o monitoramento sistemático da ocorrência dos agravos na população.
8. Executar ações de comunicação e *marketing* social.

O plano foi composto por cinco etapas:

- a) Capacitação de multiplicadores.
- b) Identificação de suspeitos de HA e de DM.
- c) Confirmação diagnóstica.
- d) Cadastramento e vinculação dos usuários com HA e DM às UBS.
- e) Avaliação do impacto do PRAHADM.

Uma das estratégias usadas para atingir esses objetivos foi a criação, em 4 de março de 2002, por meio da Portaria nº 371/GM, do Sistema de Informação HIPERDIA (BRASIL, 2002). Trata-se de um sistema nacional descentralizado de cadastramento e acompanhamento de usuários com HA e DM. Esse sistema gera informações para gestores federais, estaduais e municipais que subsidiam o planejamento de ações de saúde, conforme as necessidades da população (TOSCANO, 2004). O sistema HIPERDIA permite:

- a) Acompanhar e monitorar de forma contínua a qualidade clínica da população assistida.
- b) Garantir o recebimento dos medicamentos prescritos.
- c) Definir, a médio prazo, o perfil epidemiológico da população.
- d) Desenvolver políticas de saúde pública que levem à modificação do quadro atual e à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Na prática, quando se faz o diagnóstico da hipertensão ou da diabetes a ficha de cadastramento do usuário deve ser preenchida. A primeira via da ficha fica anexada ao prontuário do paciente na UBS, e a segunda via é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde a fim de alimentar o banco de dados do HIPERDIA (THAINES, 2009).



Palavra do profissional

Esse Sistema destina-se ao armazenamento de informações sobre o usuário e inclui dados de identificação, de documentos gerais, de documentos obrigatórios, de endereço e dados clínicos do paciente e do tratamento ao qual ele é submetido.

Observe o modelo da ficha do HIPERDIA, a seguir:

MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		1.ª Via: Enviar para digitação CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cod. BA/SUB (*)	Número do Postinho
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)			
Nome (com letra deformada e sem abreviaturas)		Sexo nascente	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra deformada e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Região (TV)	Especialidade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Raça de Origem
UF/Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Bit familiar/Comp. (TV)	Nº Cadastro SUS
DOCUMENTOS GERAIS			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPB	Número	Série	UF
CPF	Número	PIB/PABEP	Número
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)			
Quantidade	Número	Complemento	Órgão (TV)
Certidão (TV)	Nome do Cartório	UF	Data de Emissão
	Folha	Tomo	Data de Emissão
ENDEREÇO (*)			
Tipo Logradouro		Nome do Logradouro	
Bairro	CEP	DDD	Telefone
CADOS CLINICOS DO PACIENTE			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Circunf. (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glucemia Capilar (mg/dl)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim
Atenções Familiares - cardiopulmonares			
Diabetes Tipo 1			
Diabetes Tipo 2			
Tabaquismo			
Sedentarismo			
Doença Coronária			
Hipertensão Arterial			
TRATAMENTO			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
Medicamentoso			Unidade(s)/dia
Comprimido(s)/dia			
Tipo			Insulina <input type="text"/>
Microcristalina 25mg			
Propionato 40mg			
Cladribina 20mg			
Gliclazida 80mg			
Malformia 850 mg			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data de Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)	

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção nome do, data de nascimento e nº carteira de identidade brasileira (resido no Brasil), nome materno, DDD e telefone. (**) Para marcar um dos documentos e completar.

Formulário de Cadastro de Hipertensos e Diabéticos - 1.ª Via - 2012

23/03/2012



Saiba mais

Para visualizar a ficha HIPERDIA completa, acesse o Portal da Prefeitura Municipal de Uberaba. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/hiperdia/Ficha_Cadastro_Hipertenso_Diabetico_1via_v3.1.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Na prática, são identificados problemas de qualidade das informações no HIPERDIA por causa de problemas no preenchimento, tanto de dados obrigatórios, quanto de dados não obrigatórios. Alguns dos fatores abaixo podem estar relacionados a essa questão:

- a) Falta de capacitação dos profissionais de saúde para a utilização dos cadastros e das fichas de acompanhamento do Sistema HIPERDIA.
- b) Dificuldades de utilizar os dados gerados no seu dia a dia para o planejamento das ações em saúde em nível local.
- c) Insuficiência de recursos humanos para o desenvolvimento das funções de forma satisfatória.

Não podemos ignorar que as Unidades de Saúde além de possuírem um sistema precário de informações, possuem déficit de profissionais necessários para a digitação e a retroalimentação do sistema. Observa-se que a área da saúde é muito carente em recursos humanos com capacitação em informática.



Palavra do profissional

Na prática, a própria ficha de cadastramento apresenta inadequações como, por exemplo, o campo referente ao tratamento não medicamentoso não permite registrar o tipo de terapêutica utilizada (chás, dieta, atividade física...). A inserção dessas informações na ficha subsidiariam a equipe no planejamento de estratégias de monitoramento e prevenção de agravos, minimizando, dessa forma, os fatores de risco, e promovendo hábitos saudáveis.

Esperamos que você tenha compreendido com propriedade os objetivos e a importância do HIPERDIA nos processos em saúde dirigidos aos pacientes com hipertensão e com diabetes. Neste momento, reflita sobre a sua prática. Identifique as dificuldades relacionadas ao cadastramento dos usuários na sua unidade e se os profissionais estão capacitados para essa função.

Procure perceber as facilidades e as dificuldades referentes a esse sistema de informação no seu local de trabalho.

Agora que você aprendeu sobre o Sistema HIPERDIA, apresentaremos, a seguir, o SISCOLO.

5.2.2 Sistema de Informação SISCOLO

O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA). O SISCOLO foi instituído por meio da Portaria nº 408, editada em 30 de julho de 1999, e implantado em janeiro de 2000 (BRASIL, 1999).

Esse Sistema destina-se ao armazenamento de dados de identificação das mulheres, com informações demográficas, epidemiológicas e sobre os exames citopatológicos e histopatológicos realizados no SUS. O SISCOLO contribui, ainda, para o controle de qualidade do exame preventivo do colo do útero.

Alguns de seus objetivos foram dar subsídios para o pagamento desses exames pelo SUS e possibilitar a avaliação dos serviços e programas de controle e assistência do câncer do colo do útero, sendo também uma fonte potencial de informação em pesquisas.

Por meio da organização de um sistema de avaliação, busca-se obter dados que permitam aferir quantitativamente e qualitativamente as ações desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil.

O SISCOLO é composto por dois módulos operacionais:

- a) **módulo laboratório** – registra os dados referentes aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e monitoramento externo da qualidade; e
- b) **módulo coordenação** – registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames alterados.

O SISCOLO consiste numa ferramenta importante, pois possibilita ao profissional de saúde avaliar e planejar as ações pertinentes ao bom desempenho das ações de controle do câncer do colo do útero.

Com os dados do SISCOLO é possível:

- a) acompanhar o desenvolvimento das ações de controle do câncer do colo do útero, ou seja, avaliar por meio de indicadores se a população alvo está sendo atingida;
- b) identificar a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas;
- c) determinar a qualidade da coleta desses exames;
- d) reconhecer o percentual de mulheres que estão sendo tratadas e/ou acompanhadas; e
- e) fornecer, indiretamente, dados para avaliar a captação e a cobertura do programa de rastreamento.

O SISCOLO tem sido aperfeiçoado continuamente possibilitando que as coordenações dos programas municipais e estaduais acompanhem as mulheres com resultados dos exames alterados. Dessa forma, o SISCOLO é uma importante ferramenta para o gestor na avaliação e no planejamento das ações a serem realizadas: permite identificar serviços ou áreas mais necessitadas de capacitação; áreas com problemas de acompanhamento e encaminhamento das mulheres; problemas de qualidade de coleta e processamento das lâminas, dentre outras.

A estruturação da rede SISCOLO no país é essencial para apoiar a rede de gerenciamento no que se refere ao acompanhamento da evolução do programa.

Esse sistema é alimentado por meio do preenchimento correto dos dados nos formulários para Requisição do Exame Citopatológico.



Saiba mais

Conheça mais sobre o SISCOLO no Portal do Programa. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/>. Acesso em: 25 jul. 2012.

Conheça a ficha de requisição de exame citopatológico acessando o Portal do INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/1a8dc40045898a89a807bec73453f449/exame_citopatol_colo_uterio.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1a8dc40045898a89a807bec73453f449>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Para o controle da qualidade das informações do SISCOLO, é necessário que os laboratórios de citopatologia disponham de programa de qualidade interno; programa de avaliação de controle de qualidade externo; permanente programa de capacitação e reciclagem; monitoramento de procedimentos de coleta, fixação e transporte do material citológico; laboratório revisor indicado por órgão competente ou laboratório de referência da região.



Palavra do profissional

Algumas limitações do SISCOLO são evidentes, tais como, a falta de acesso às informações dos exames de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras nas unidades de saúde onde é realizada a coleta do material.

Outra questão reside no fato de os dados estarem restritos à população usuária do SUS, não englobando as mulheres que realizam os exames em serviços de saúde suplementar. Cabe, ainda, acrescentar que, muitas vezes, não são digitados no sistema os dados relativos aos procedimentos prestados durante internação em que os recursos financeiros são repassados por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A falta de mecanismos que garantam que essas informações sejam incluídas obrigatoriamente no SISCOLO tem comprometido o seguimento dos casos rastreados que necessitam de acompanhamento e de tratamento.



Palavra do profissional

Você consegue perceber a importância de sua participação para garantir a qualidade dessas informações? Alguma vez você parou para pensar nesse processo? Já questionou alguma vez, na sua prática, um resultado de citopatologia oncológica que diferiu muito dos dados clínicos observados durante a coleta? Você tem buscado as informações do SISCOLO das usuárias da sua unidade? Pense nisso!

A seguir, você vai conhecer o SISMAMA que armazena informações sobre o Câncer de Mama.

5.2.3 Sistema de Informação SISMAMA

A necessidade de melhorar a qualidade das informações referentes ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama motivou o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer, a propor a implantação do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – (SISMAMA). Sua elaboração foi iniciada em 2000 e retomada entre 2005 e 2006 com a finalidade de obter dados relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama em todo o país.

A junção de dados sobre a doença, criando um banco de dados de todas as regiões por meio da informatização padronizada da requisição de mamografia e de seu resultado, possibilita aos gestores atuar de forma mais prática e efetiva. Vale ressaltar a colaboração do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) nos aspectos relacionados ao resultado da mamografia.

Esse sistema reproduz automaticamente as categorias do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), de acordo com os achados encontrados nos exames de mamografia. (AMERICAN ..., 2003). Confira a tabela a seguir:

Tabela 1: *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®).

CATEGORIAS BI-RADS®			
CATEGORIA	INTERPRETAÇÃO	VPP*	CONDUTA
0	Inconclusivo		Exame adicional
1	Benigno	0 %	Controle anual a partir dos 40 anos
2	Benigno	0 %	Controle anual a partir dos 40 anos
3	Provavelmente benigno	<2%	Controle semestral
4 (A, B, C)	Suspeito	>2 e <90%	Biópsia
5	Provavelmente maligno	>95%	Biópsia
6	Lesão maligna (biopsiada ou diagnosticada), não submetida a terapia definitiva.	100%	

*VPP: Valores preditivos positivo

Fonte: Instituto Nacional de Câncer/American College of Radiology/International Union Against Cancer.

O SISMAMA foi instituído como sistema oficial do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 779, editada em 31 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008). Já a sua implantação ocorreu em julho de 2009. Configura-se como um subsistema do sistema de faturamento ambulatorial do SUS, em que as informações coletadas servem para o faturamento dos serviços de mamografia, citopatologia e histopatologia, e para o gerenciamento das ações de rastreamento do câncer de mama pelas coordenações municipais, regionais e estaduais do programa.

Os objetivos do SISMAMA são o monitoramento e a avaliação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Seus objetivos específicos são:

- a) permitir o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer;
- b) padronizar e aprimorar a qualidade dos laudos mamográficos;
- c) permitir o seguimento das mulheres com exames alterados – gestão de casos positivos;
- d) permitir a análise da distribuição das lesões encontradas nas mamografias na população, podendo indicar necessidades de auditorias e capacitações locais;
- e) contribuir para o planejamento da oferta de serviços, otimizando recursos; e
- f) permitir avaliar a indicação dos procedimentos de diagnóstico inicial e rastreamento.

O SISMAMA, sem dúvida, proporciona maior agilidade no processamento das informações necessárias ao planejamento de ações em saúde e melhor direcionamento de recursos nessa área.



Compartilhando

Note que em virtude da falta de capacitação, o Sistema ainda é subutilizado por técnicos, médicos e demais profissionais envolvidos. Nem todos conhecem seu funcionamento, nem a importância do preenchimento de dados com exatidão para evitar a inclusão de dados antagônicos.

Os Médicos, os técnicos e os responsáveis pelo processamento dessas informações precisam conhecer o seu funcionamento para que os dados estatísticos sejam repassados ao Ministério da Saúde com precisão, reduzindo-se as subnotificações, as notificações erradas e a consequente alocação inadequada de recursos financeiros. Também são importantes revisões, acréscimos e ajustes ao próprio Sistema, mas, ainda, a capacitação dos profissionais envolvidos é de fato o ponto crucial (SANTOS; KOCH, 2010).



Saiba mais

Conheça mais sobre o SISMAMA, acessando o link: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancermama/site/home/sismama/>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Agora que você conheceu o SISMAMA, convidamos você a refletir sobre o assunto. Você conhece o impresso do SISMAMA? Consegue fazer a relação dos dados do sistema de informação e o rastreamento do câncer de mama? Os profissionais da sua unidade utilizam os dados do SISMAMA para planejar as ações do controle do câncer de mama?

5.3 Resumo

Nesta unidade, você teve a oportunidade de rever e refletir sobre os Sistemas de Informação em Saúde como instrumentos para a gestão dos serviços, particularmente, no que se refere à organização das práticas voltadas para o atendimento prestado, individual e coletivamente, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Foi reforçada, ainda, a importância dos SIS para a avaliação dos programas de saúde relacionados à hipertensão arterial, ao diabetes mellitus, ao câncer do colo do útero e de mama. Recapitulando:

No caso do HIPERDIA, o sistema permite acompanhar e monitorar de forma permanente a qualidade clínica da população assistida e garantir o recebimento da medicação prescrita, ao mesmo tempo em que, em mé-

dió prazo, possibilita definir o perfil epidemiológico da população e, conseqüentemente, desenvolver políticas de saúde pública que levem à modificação do quadro atual e à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

O SISCOLO é uma ferramenta importante para o profissional de saúde, pois permite avaliar e planejar ações pertinentes às ações referentes ao Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero no Brasil. Consiste em informações relacionadas aos procedimentos de citopatologia, histopatologia e controle de qualidade do exame de preventivo do câncer do colo do útero.

O SISMAMA, por sua vez, agrupa dados relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama em todo o país. A junção de dados sobre a doença possibilita aos gestores atuar de forma prática e efetiva nas ações de controle do câncer de mama. A criação de um banco de dados, que contempla todas as regiões, por meio da informatização padronizada da requisição e do resultado da mamografia, facilita esse processo.

Você viu, também, que é necessário melhorar a qualidade das informações para que elas possam subsidiar de forma fidedigna a tomada das decisões em saúde.

5.4 Fechamento

Chegamos ao final desta unidade em que discutimos como os sistemas eletrônicos de rastreamento propiciam a avaliação rápida e regular de dados sobre a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o câncer do colo do útero e o câncer de mama. Depreende-se que os sistemas de informação em saúde constituem-se ferramentas valiosas para a gestão e o controle dessas doenças.

Apesar dos benefícios mencionados, torna-se importante ressaltar a necessidade de um olhar crítico sobre os dados, buscando sempre uma interpretação capaz de revelar a real situação local. Além disso, destaca-se que os sistemas de informação apresentam falhas, tais como a centralização dos dados, o uso limitado dos mesmos e a demora no retorno das análises para o nível local. Essas questões precisam ser consideradas para que as informações possam subsidiar o planejamento das ações em saúde.

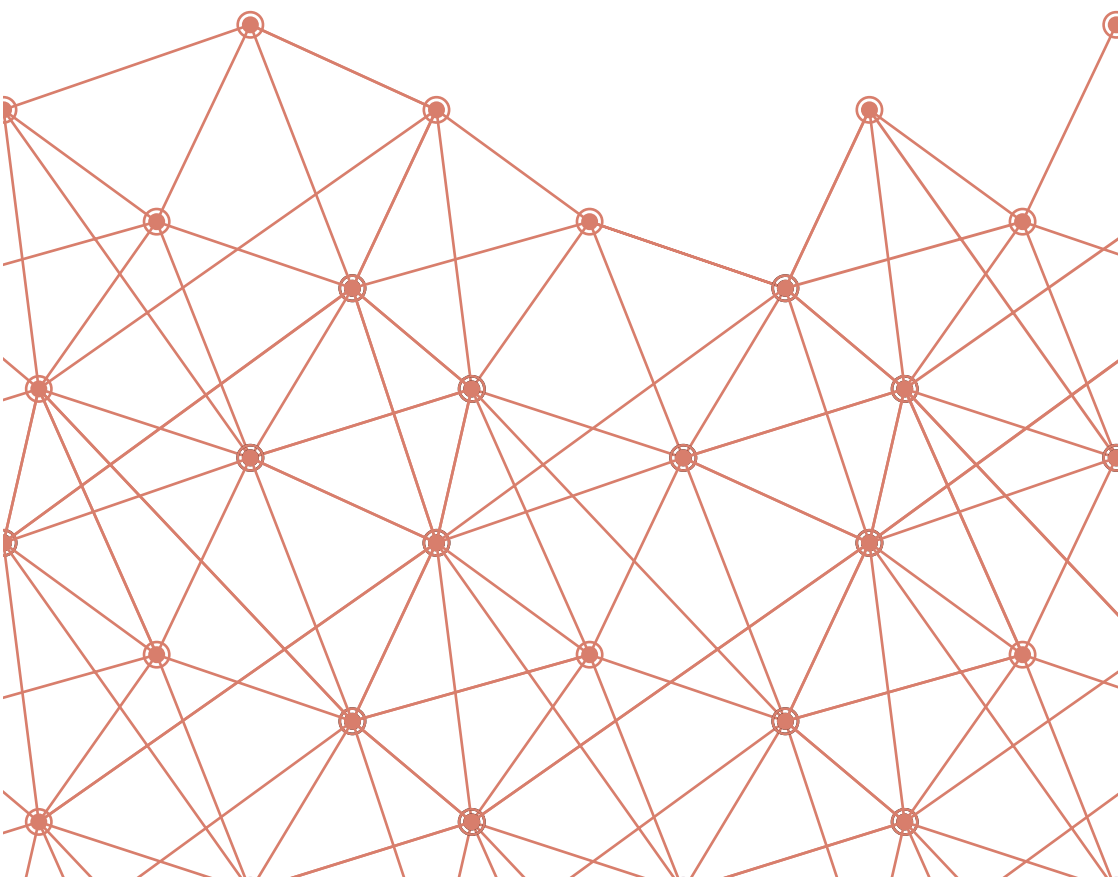
Retomando a proposta inicial da unidade de traçar um paralelo entre o seu contexto de trabalho e os SIS, cabe aqui uma reflexão sobre como o processamento e a utilização dos SIS podem contribuir para a qualificação do SUS.

Para finalizarmos esta Unidade, convidamos você a refletir sobre as seguintes questões: Você acredita que é possível usar os SIS na gestão e na organização das práticas em enfermagem? Você os utiliza? De que maneira?

5.5. Recomendação de leitura complementar

DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G.; ASSIS, M. Rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: análise de dados do SISCOLO no período de 2002 a 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 19, n. 3, p. 293-306, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n3/v19n3a11.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

UNIDADE 6



Unidade 6 – Ética, Bioética e Biopolítica – Conceitos Implicados na Assistência à Saúde

Ao final desta unidade, você refletirá a conjuntura da assistência à saúde do sujeito com DCNT incorporando as atuais discussões bioéticas e biopolíticas.

6.1 Introdução

Nesta unidade, você estudará os conceitos-chave de: Ética, Bioética e Biopolítica e os seus respectivos desdobramentos na Bioética da Intervenção e Bioética da Proteção. Você pode se perguntar, mas por que a opção por essa perspectiva de discussão? A máxima almejada é que os resultados das ações da prática cotidiana dos profissionais da enfermagem podem e devem demonstrar o compromisso ético da profissão com o cuidar do ser humano em sua dignidade.

Nessa direção, Ramos et al (2005) ressaltam que só podemos pensar na bioética [e na ética] como tarefa de problematização e, portanto, tarefa política, tarefa de argumentos, de valores, de nossos próprios arrimos e confortos, de exercício sobre si mesmo. Logo, optamos, aqui, por adotar referenciais teóricos da bioética como forma inovadora para contextualizar e questionar.

Que profissional você tem que ser para lidar com questões relacionadas ao cuidado de indivíduos portadores de doenças crônicas?

A ideia é que ao término dos módulos V e VI você entenda aquilo que implica no seu comprometimento na assistência de indivíduos portadores de DCNT. Mais, a discussão bio/ética será ampliada e constará como tema transversal neste e nos próximos módulos do curso. Ou seja, aos poucos, iremos nos instrumentalizando e, ao mesmo tempo, esmiuçando e articulando de modo aplicado os conceitos-chave às situações vivenciadas na prática. Para isso, discutiremos a articulação entre o “ser ético” e o “ser profissional ou bom técnico” no seu processo de trabalho (VARGAS; RAMOS, 2010).



Palavra do profissional

Lembre-se, para que mudanças aconteçam é necessário repensar também a sua atitude profissional, possibilitando reproduzir uma boa prática assistencial e eficientemente divulgada aos usuários do sistema de saúde.

6.2 Bioética e Ética

Bioética ou ética? Literalmente, bioética e ética e, algumas vezes, bio/ética. Uma bioética que se autoriza insere-se como uma discussão atualizada, contextualizada e politizada, necessária, e capaz de dizer coisas para nós que importam no cotidiano do trabalho em saúde.

A bioética abrange um campo de estudo implementado nos anos 70 (no século XX) nos Estados Unidos, compreendendo as questões da vida e da morte, da saúde e da doença, da qualidade de vida e do sofrimento; um campo revolucionado pelos desenvolvimentos tecnobiomédicos e suas aplicações. O cancerologista e bioquímico norte-americano Van Rensselaer Potter justifica a emergência do conceito de bioética referindo-se, em sua obra, ao desenvolvimento exponencial do conhecimento científico (especialmente na biologia) e ao concomitante atraso da reflexão necessária à sua utilização. Nesse sentido, o autor pede a criação de uma nova ciência – uma ciência da sobrevivência – que se baseia na aliança do saber biológico (bio/bios) com os valores humanos (ética/ethos), (DURAND, 2003).

A bioética é “o conhecimento de como usar o conhecimento”. Ao ser essa ponte entre ciências e humanidade, a bioética tem por tarefa ensinar como usar o conhecimento no campo científico-biológico. A bioética considera que não é suficiente o “instinto” de sobrevivência, é necessário que se elabore uma “ciência” da sobrevivência, que Potter identifica como bioética (NAHARRO, 2005).

Verifica-se, na literatura, que Potter e o Instituto Kennedy disputam a originalidade da palavra. Potter definiu a palavra bioética no artigo *Bioethics, the science of survival* publicado em *Perspectives in Biology and Medicine* (1970) e no livro *Bioethics: bridge to the future*, publicado em janeiro de 1971 e dedicado a Aldo Leopold, um renomado professor da Universidade de Wisconsin, que

pioneiramente começou a discutir uma “Ética da terra”. Já André Hellegers introduziu o mesmo termo, também em caráter inédito, ao fundar o Instituto Joseph e Rose Kennedy para o Estudo da Reprodução Humana e Bioética, em 1º de julho de 1971 (SIMINO; BOEMER, 2004; CORTINA, 2005).

A bioética concretizou-se, cientificamente, a partir da publicação do livro *The Principles of Bioethics*, de Beauchamp e Childress, em 1979. Observa-se que a bioética principialista tornou-se conhecida em quase todos os meios científicos, o que permitiu universalizá-la rapidamente.

No entanto, a partir de 1990, surgiram novas teorias que passaram a criticar a hegemonia da teoria principialista. Com efeito, a globalização econômica, os problemas de exclusão social vividos nos países periféricos, a inacessibilidade de grupos vulneráveis ao desenvolvimento científico-tecnológico e a desigualdade de acesso das pessoas pobres aos bens de consumo indispensáveis à sobrevivência passaram a fazer parte da reflexão dos pesquisadores engajados em uma bioética transformadora.

Esses **princípios** nada mais são do que uma versão científica dos princípios filosóficos da Revolução Francesa, princípios estes que foram codificados em 1948 na Declaração Universal dos Direitos do Homem. Liberdade, fraternidade e igualdade, tornaram-se, respectivamente, os princípios da autonomia, da beneficência e de não maleficência e da justiça. (COHEN, 2005).

Nesse sentido, uma ética baseada em princípios universais não pode ser aplicada, ou simplesmente incorporada num contexto de desigualdade (GARRAFA, 2006). Atente que as críticas foram motivadas principalmente pela sua falta de utilidade para analisar conflitos que exigissem flexibilidade, adequação cultural e o enfrentamento de macroproblemas bioéticos, persistentes ou cotidianos, vivenciados por grande parte das populações de países, como o Brasil, marcados pela exclusão social (PORTO; GARRAFA, 2005).

Para melhor compreensão, o desenvolvimento da Bioética foi dividido em quatro etapas:

- **1ª etapa:** fundação da Bioética nos anos 70, com a discussão concentrada nos assuntos biomédicos e biotecnológicos relacionados à pesquisa com seres humanos e à integridade física do ser humano;
- **2ª etapa:** expansão e consolidação da Bioética nos anos 80, na medida em que suas discussões atingiram os veículos de comunicação – jornais, livros e revistas especializadas;
- **3ª etapa:** revisão da abrangência temática da discussão Bioética, entre 1990 e 2005, na qual emergiram críticas acerca dos possíveis “campos” que a bioética concentrava-se anteriormente, promovendo a inclusão das questões culturais e sociais, pontualmente, movimentos feministas, defesa de negros e homossexuais; e

- **4ª etapa:** ampliação conceitual da Bioética, em outubro de 2005, em Paris, na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, que a caracteriza como algo pluralizado, multi-inter-transdisciplinar e a incluiu, definitivamente, na agenda das discussões nos e dos campos jurídicos, sociais e ambientais.



Saiba mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre Bioética, indicamos que você faça as seguintes leituras: GARRAFA, Volnei. Introdução à Bioética. *Revista do Hospital Universitário UFMA*, São Luís – MA, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA11gAL/introducao-a-bioetica>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Novas pontes para a bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. *O Mundo da Saúde*, v. 28, n. 1, p. 28-33, jan./mar. 2004.

Note que a bioética nasceu em um ambiente científico, em um campo de investigação biológica, como necessidade sentida, por esses cientistas, de proteger a vida e seu meio ambiente. Portanto, em um primeiro momento, não nasceu no âmbito da filosofia, nem da teologia, nem da religião. Nasceu em um âmbito, especificadamente, científico. Sendo assim, a bioética se propunha a “humanizar” a vida moderna, “desumanizada” pelo positivismo científico e tecnológico. As ciências e as tecnologias da vida haviam se divorciado da ética, e esta, por sua vez, viu-se relegada a divagações dos filósofos, sem poder exercer seu efeito benéfico sobre elas. Surge, nesse contexto, a bioética como ponte e diálogo entre os saberes científicos em torno da vida e os saberes humanistas centrados na Ética (ESCOBAR, 2002).

É possível arriscar a afirmação de que toda bioética é ética. É uma nova ética, mas é ética. É uma nova forma de fazer ética. Reflexão ética, valorização ética que precede a qualquer tipo de discussão em torno das atuais questões bioéticas, ou seja, desde os tempos mais antigos, “homens e mulheres interrogam-se sobre o comportamento a ser mantido e sobre as decisões a serem tomadas diante da saúde, da doença, das más-formações, do sofrimento e da morte. Existem rituais, códigos, tratados eruditos duas vezes milenares sobre o assunto” (DURAND, 2003, p. 21).



Palavra do profissional

Observe que desde os tempos mais antigos, lidamos com essas questões polêmicas adotando uma reflexão ética polarizada entre ter ética *versus* não ter ética; ser ético *versus* não ser; agir com ética *versus* não agir com ética; falar com ética *versus* não falar com ética; pensar-se como um sujeito ético *versus* não pensar-se como um sujeito ético; achar que o outro é ético *versus* não achar; e assim por diante.

Mas, o que é, afinal, essa ética, considerada alguma coisa ou um estado supremo que todos devem atingir ou ter e, caso não tenham, esforçar-se por adquirir?

A ética tem sido significada em nossa sociedade como a que descreve e julga a conduta humana:

- a) diante do Bem e do Mal;
- b) diante do que tem valor;
- c) da maneira de viver e de ser;
- d) da maneira de se relacionar consigo e com os outros; e
- e) diante do sentido que damos a nossa vida, ao mundo e às coisas.

A palavra ética tem a ver com qualquer ação humana que toma como objeto de intervenção outra ação humana, um comportamento que diz daquele que age e daqueles que consideramos “os outros”. Ética, é, portanto, o fiel da balança entre o Bem e o Mal, entre o que é bom e o que é mau nas questões relativas à vida e à saúde, à sexualidade, aos negócios, às profissões, ao meio ambiente, ao sociopolítico, à comunicação, entre outras coisas (VARGAS; RAMOS, 2010).

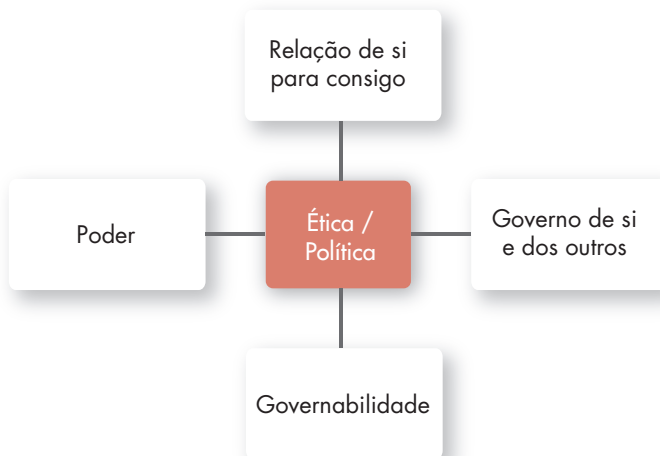
A ética é a teoria ou a ciência do comportamento moral do ser humano na sociedade. A ética não cria a moral, mas a ética se depara com uma experiência histórico-social de práticas morais já em vigor.

Partindo desse entendimento, a ética procura determinar a origem e as condições objetivas e subjetivas do ato moral, as fontes da avaliação moral, a natureza e a função dos juízos morais, os critérios de justificação desses juízos e os princípios que regem as mudanças e as sucessões de diferentes sistemas morais. Ética e moral se assentam em um modo de comportamento que não corresponde a uma disposição natural, mas que é adquirido ou conquistado por hábitos. (VÁZQUEZ, 2006).

Foucault utiliza o termo ética como elaboração do trabalho que cada um efetua sobre si mesmo. Não somente para tornar o próprio comportamento conforme uma regra preestabelecida, mas também para tentarmos nos transformar em sujeitos morais de nossas atitudes (FOUCAULT, 1998). O filósofo fala de uma Ética da atitude que, assim explicitada, reforça o dever de nos constituirmos em sujeitos de atitude e, ao mesmo tempo, nos constituirmos como **sujeitos do conhecimento**, o que pode levar a uma compreensão crescente do contexto em que vivemos e de possíveis intervenções a serem forçadas.

Conhecimento é uma busca de instrumentalização, não somente técnica, mas também política.

Agora, veja o diagrama abaixo:



Esse diagrama representa a ética e a política como epicentro de todas as demais relações. Analise o diagrama apresentado e reflita: quais relações? Representamos no diagrama a composição da trama de relações de poder que envolvem a cada um de nós na nossa relação consigo mesmo, na relação com os outros e na relação com/e na governabilidade da sociedade.

Relações que, no seu decorrer, se articulam à questão da política e à questão da ética e, inclusive, as coloca no centro de todas essas relações. São relações que nos inserem como sujeitos no mundo, nos instrumentalizam para lidar com os acontecimentos do mundo, fazem cada um de nós procurarmos agir como convém. Longe de nos isolar da comunidade humana, aparece, ao contrário, como aquilo que nos articula a ela. Relações que devem nos permitir ser sujeitos éticos cidadãos do mundo. (FOUCAULT, 2006).



Saiba mais

Para conhecer mais sobre o tema, leia:

LUNARDI, V. L. et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004, v. 12, n. 6, p. 933-939. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a13.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

6.2.1 Bioética e Biopolítica

Conceitos que têm como referência comum o conceito *bios* permitem-nos, por exemplo, falar, por um lado, em **ética da vida** e política **da vida**, por outro lado, em **ética sobre a vida** e política **sobre a vida**. Mas, a bioética deve ser entendida como **bioética da vida** e não **sobre a vida**, representando, dessa maneira, uma resistência à biopolítica e às formas de poder sobre a vida em nome da justiça ou como situação de *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos (SCHRAMM, 2010).

O termo biopolítica, utilizado por Foucault, está associado ao corpo e à medicina, considerando-o como uma estratégia capitalista: para a sociedade capitalista. Há que se entender por 'biopolítica' a maneira pela qual, a partir do século XVIII, a prática do governo de Estado buscou pensar os problemas relacionados à saúde, à higiene, à natalidade e à longevidade da população. Nessa perspectiva, a política só poderia ser vista como a possibilidade, ou o instrumento de conservar a vida (SCHRAMM, 2010).

A biopolítica tem sido pensada de duas maneiras, conforme apresentadas na sequência:

- **Primeiro caso:** a inter-relação entre *bios* e *polis*, e se refere a políticas de bem-estar (*welfare*) que visam garantir e reforçar a saúde da população através de estratégias de prevenção, controle, gestão e intervenção sobre o corpo humano de modo holístico;

- **Segundo caso:** os indivíduos são compreendidos dentro de um conjunto da espécie humana e são (supostamente) protegidos contra agentes patogênicos, ou seja, temos uma anexação da *polis* ao *bios*: uma política submetida à biologia e as suas leis.

Podemos inferir, portanto, que, no primeiro caso, a saúde e o bem estar da população são os objetivos almejados; e, no segundo caso, o foco é o corpo biológico sendo protegido contra agentes patogênicos.



Saiba mais

Aprofunde seus conhecimentos lendo o seguinte texto:

SCHRAMM, F. R. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao biopoder. *Revista Bioética*, v. 18, n. 3, p. 519-35, 2010. Disponível em: <<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revitabioetica/article/view/583/588>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Você deve estar se questionado, por que inserir na discussão bioética a biopolítica? Porque a biopolítica é inevitável. A pretensão não é excluir a biopolítica e nem teria como. A biopolítica é competente e interfere positivamente na saúde da população e na sua longevidade. Mas, ao mesmo tempo, a biopolítica é excludente, pois, entra na pauta da biopolítica aquilo que constitui e mobiliza economicamente a sociedade, logo, devemos aplicar as ferramentas da bioética para detectar a moralidade (que inclui a imoralidade) da biopolítica e reconstruir formas de resistência.



Palavra do profissional

Mas, como inserir na discussão bioética a questão biopolítica? Chegamos agora aos desdobramentos da discussão bio/ética anunciada no início desta unidade. Ou seja, acreditamos que podemos desenvolver esta reflexão a partir do ponto de vista de uma bioética de intervenção [entendida como] análise de macroproblemas e conflitos coletivos.

A bioética de intervenção, por sua vez, aliada a uma bioética de proteção, entendida não só como ferramenta descritiva e normativa, mas, sobretudo, como amparo contra as ameaças à vida e, como ‘mínimo’ moral, indispensável para que exista vida social organizada.

E qual seria o papel da bioética em tudo isso? A bioética pode, em princípio, mediar as questões normativas envolvidas por uma biopolítica que tem perpetuado a lógica de poder do Estado sobre a saúde da população que, por sua vez, tem contemplado apenas o modelo biológico exclusivamente de cura e, prioritariamente, médico.

Mas qual seria a legitimidade da bioética para fazer isso? Pensamos que seja na resistência a uma biopolítica sobre os corpos. Transformando-a como uma estratégia política em prol dos corpos, inserindo em sua agenda modos do sujeito almejar e conseguir qualidade de vida, ainda que com uma Doença Crônica Não Transmissível.



Compartilhando

Consideramos que tal resistência possa se concretizar a partir das próprias ferramentas da bioética, respeitando as especificidades de cada saber envolvido, visando estabelecer o diálogo com as várias formas de saber e de poder envolvidas.

Para dar mais subsídios a esta discussão, discorreremos, a seguir, acerca dos conceitos de Bioética de Proteção e Bioética de Intervenção.

6.2.2 Bioética de Proteção

A Bioética de Proteção é pensada em nível coletivo e vai além das ações epidemiológicas preventivas, englobando medidas sanitárias pautadas na vulnerabilidade, suscetibilidade, pobreza e necessidade. Essa perspectiva aponta para a necessidade da consciência e ação para grandes mudanças sociais (HELMANN, 2009). A ênfase é o contexto da saúde pública na América Latina, incorporando o conceito de “proteção” como prática consistente para amparar a quem necessita ou, nomeadamente, os “vulnerados”.

Em distinção aos “vulneráveis”, qualquer ser humano em sua condição genérica e potencial, os vulnerados o são por situações de fato, contingências sociais (além de pertencimento a uma classe, etnia ou gênero), condições de vida ou estado de saúde (SCHRAMM, 2009).

Assim, a Bioética de Proteção pretende ser, de acordo com Schramm (2005), uma proteção ao vulnerado contra situações que o coloquem em risco, propondo ações para favorecer a autonomia e a qualidade de vida.

A dimensão cuidadora e protetora da bioética é resgatada nessa proposta, no sentido de promover a competência moral de indivíduos e populações frente aos conflitos inerentes às relações humanas (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009).



Saiba mais

Entenda melhor a bioética da proteção com a leitura do texto: SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Rev. Bioética**. v. 16, n. 1, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 6 jul. 2012.

6.2.3 Bioética de Intervenção

Falar da Bioética de Intervenção implica resgatar o que já foi discutido anteriormente acerca da homologação na 33ª Conferência Geral da UNESCO da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Resgatada a informação, informamos que a agenda bioética internacional politizou-se definitivamente.

Os encontros e discussões de bioética têm deixado clara a insatisfação com a epistemologia até então seguida pela disciplina que se restringia a problemas e conflitos individuais em vez de propor soluções e intervir nas questões socioeconômicas e sanitárias coletivas, persistentes na maioria dos países periféricos.

Dessa forma, tornou-se evidente a necessidade de incorporar, no campo de reflexão e atuação da bioética, temas sociopolíticos da atualidade, tais como:

- a) as iniquidades sociais e econômicas existentes no mundo;
- b) a análise das responsabilidades sanitárias;
- c) a interpretação mais precisa dos quadros epidemiológicos;

- d) a determinação das formas de intervenção a serem programadas;
- e) as questões ambientais;
- f) a formação de pessoal sanitário; e
- g) a responsabilidade dos estados frente aos cidadãos (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

A Bioética de Intervenção se constrói com base na realidade brasileira e latino-americana em todos os seus contrastes e necessidades. Esse ponto de vista incorpora não somente as questões éticas, impostas pelo desenvolvimento biotecnocientífico e a assimetria da relação profissional-paciente, mas, também, situações relacionadas às políticas de saúde e às desigualdades sociais.

As reflexões feitas sob essa perspectiva criticam a incorporação vertical de conteúdos éticos de países desenvolvidos, buscando contextualizar argumentações a temas locais. É na forma complexa de analisar a realidade de países injustos – tendo como suporte o caráter social e político – que a Bioética de Intervenção discute a justiça sanitária, a inclusão social e a cidadania.

Atente que o seu referencial mínimo é o conceito de corporeidade que defende a ideia de que o corpo é a materialização da pessoa e sem ele a vida social não se concretiza, tornando-o um marco de intervenção ética, indispensável para garantir o necessário à vida de indivíduos e populações (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).



Saiba mais

Para saber mais sobre o assunto, leia:

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 19 out. 2005. Tradução brasileira sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Acesse o site: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

E, para conhecer mais acerca das questões do acesso ao atendimento, do serviço de referência, do vínculo e da participação popular e do controle social, leia também:

GONÇALVES, E. P.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 225-239, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/547/533>. Acesso em: 6 jul. 2012.

Sugerimos, ainda, que você assista ao vídeo que aborda, de modo simples e divertido, os conceitos de moral e ética, trata-se de uma entrevista com o Prof. Mário Sérgio Cortella exibida no Programa do Jô Soares. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=RFIVgcl4A1M&feature=em-share_video_user&noredirect=1>. Acesso em: 6 jul. 2012.

6.3 Resumo

Nesta unidade discorreremos e articulamos os conceitos de ética, de bioética e de biopolítica. Ao indagarmos que profissional você tem que ser para lidar com questões relacionadas à assistência de indivíduos portadores de DCNT, tentamos suscitar em você a pertinência da articulação, com maestria, do ser ético e do ser profissional ou bom técnico. Consideramos uma ética da atitude o trabalho ético que cada um efetua sobre si mesmo.

Contextualizamos criticamente os referenciais norteadores da bioética que nos possibilitam refletir acerca dos direitos humanos contemporâneos. Sinalizamos a pertinência do reconhecimento do direito coletivo à igualdade e do direito dos indivíduos e grupos à equidade, incorporando o discurso da cidadania expandida pelo qual os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado. Propusemos, ainda, constituirmos espaços de resistências à lógica de uma perspectiva única e hegemônica de possibilidade de assistência à saúde economicamente selecionada, e ampliarmos concretamente as discussões acerca da ética em saúde.

Entendemos que tais iniciativas poderão favorecer a construção de sistemas sanitários mais acessíveis, dessa forma, sinalizamos a ação efetiva de intervenção da bioética como possibilidade de trazer um novo olhar para a prática em saúde refletindo sobre a realidade com base em parâmetros de equidade, justiça e inclusão social. Finalizamos argumentando que o maior pressuposto da Bioética de Proteção e de Intervenção é a saúde como sinônimo de cidadania.

6.4 Fechamento

Nesta unidade, tentamos instigá-lo a refletir acerca da sua inserção enquanto cidadão ou cidadã do mundo. Logo, nos próximos módulos as discussões de ética em saúde continuarão, abordando novas discussões, dentre elas: a contextualização de dilemas éticos da responsabilidade profissional, da autonomia dos profissionais e usuários do sistema de saúde e do processo de deliberação no coletivo.

Encerramento do módulo

Chegamos ao final do Módulo V. Esperamos que você tenha compreendido o fenômeno da cronicidade e suas implicações nos cuidados das pessoas com DCNT que, apesar de serem tão frequentes na população brasileira e mundial, apresentam, ainda, especificidades na atenção às pessoas nessa condição e que motivaram a realização deste curso de especialização. Observe que o modelo hegemônico e biologicista não tem se mostrado efetivo, não só na prevenção das DCNT, mas, também, no controle da evolução dessas doenças que passam a promover sérias limitações trazendo prejuízos pessoais e sociais inestimáveis, como você deve ter percebido no decorrer do Módulo V.

Os investimentos do Ministério da Saúde brasileiro, acompanhando as recomendações da OMS, vêm promovendo um movimento de reconhecimento da necessidade de construir um novo modelo de atenção à saúde, que foi apresentado/comentado ao longo do texto. O foco na humanização da assistência, expresso pelas diretrizes da Clínica Ampliada, evidenciam que o cuidado às pessoas com DCNT não está voltado apenas para a doença, mas considera as pessoas inseridas em um contexto onde a doença passa a fazer parte do seu viver.

Outra estratégia de atenção à saúde que direciona devidamente as pessoas com DCNT, proposta pelo Ministério da Saúde e destacada neste Módulo, foi a constituição da atenção em rede, discutida com você na Unidade 4. A compreensão de como essa estratégia está organizada, estabelecendo a necessidade de integração entre as diferentes estruturas de atenção à saúde da população brasileira, é essencial para que sua implementação ocorra efetivamente.

Esperamos que você, concluindo este curso, possa contribuir ainda mais para a construção e consolidação dessa rede. Contribuindo para isso, disponibilizamos alguns Sistemas de Informação que são ferramentas para auxiliar no planejamento e na avaliação da atenção à saúde em rede. Esperamos que você tenha aprimorado seu conhecimento no uso dessas ferramentas!

Finalmente, demos um espaço especial, neste Módulo V, para as discussões bio/éticas e biopolíticas destacando aspectos mais conceituais. Nos próximos módulos vamos discutir a aplicação desses conceitos na sua prática cotidiana.

Ao finalizarmos este Módulo, também, queremos motivá-lo para o próximo Módulo que irá abordar mais especificamente as políticas de saúde na atenção às DCNT e as estratégias de promoção da saúde e prevenção das DCNT. Pensaremos, mais especificamente, em como implementar essas políticas agora que já conhecemos as ferramentas de informação, os modelos de atenção e temos melhor compreensão da importância de um espaço especial para atenção às pessoas em condição crônica. Vamos lá!!!

Referências

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 833-840, 2004.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. ACR BI-RADS-Mammography. In: **ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas**. Reston: American College of Radiology, 2003.

BARRÓS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e Vigilância. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**, v. 4. Rio de Janeiro: INCA, 2010a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Epidemiologia, informação e vigilância do câncer**. 2012a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=488>. Acesso em: 18 abr. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Registros Hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 865-868, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102007000500024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 4 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Inquéritos populacionais relacionados à saúde**. 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27891>. Acesso em: 18 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 779, de 31 de dezembro de 2008. Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama. **Diário oficial da União**, Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0779_31_12_2008.html>. Acesso em: 6 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Portaria nº 408, de 30 de julho de 1999**. Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COHEN, C. Como ensinar a bioética. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 3, p. 438-443, jul./set. 2005.

CORTINA, A. Existe uma bioética latina? In: VIEJA, M. T. L. (Org.) **Bioética entre la medicina y la ética**. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2005. p. 149-60.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: São Camilo: Loyola, 2003.

ESCOBAR, A. L. S. J. Apuntes para una historia de la Bioética. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, v. 1, p. 8-21, abr. 2002.

FARIA, A. P. S.; BELLATO, R. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do diabete mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 752-759, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. p. 264-287.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2**: O uso dos prazeres. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, jul./ago., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2012.

GARRAFA, V. O novo conceito de Bioética. In: GARRAFA, V; KOTTOW, M; SAADA, A. (Org.). **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006. p. 9-16.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Qualidade do sistema de informação do câncer do colo do útero no estado do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, ago. 2009.

GONÇALVES, E. P.; RAMOS, F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 10, n. 1, p. 225-239, 2010.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

HELLMANN, F. **Reflexões sobre os referenciais de análise bioética no ensino da naturologia no Brasil à luz da bioética social**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. World Health Organization. **Cancer incidence and mortality worldwide 2008**. [s.l.]: [s.n.], 2010.

LIRA, G. V.; NATIONS, M. K.; CATRIB, A. M. F. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 147-155, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0221.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NAHARRO, M. L. A. N. **Propuesta ética para bioética desde una fundamentación iusnaturalista**. Madrid: Fundación Universitaria Española, 2005.

OMRAM, A.R.. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle das Doenças Crônicas**. Washington: [s.n], 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Situación de salud em las Americas**. Washington: [s.n], 2009.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In: Paim, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: COOPTEC-ISC, 2002. p. 361-365.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2012.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005.

RAMOS, F. R. S. et al. A bioética e os modos de ser da enfermagem. In: Semana de Enfermagem: a bioética e os modos de ser da enfermagem, 66. **Livro-temas**, Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2005. 126p.

RODRIGUES, C. G. et al. **Análise de taxas de utilização de serviços de saúde temporalmente**: elementos para a formulação de um estudo. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento**: implicações para o cuidado de enfermagem, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 17, n. 2, p. 123-153, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2012.

SANTOS, S. B. L.; KOCH, H. A. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 5, out. 2010.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 7 abr. 2011.

SCHRAMM, F. R. A bioética como forma de resistência à biopolítica e ao bio poder. **Revista Bioética**. v. 18, n. 3, p. 519-35, 2010.

SILVA, D. M. G. V. et al. O itinerário terapêutico de pessoas com doença respiratória crônica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 50-56, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413108.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

SIMINO, G. P. R.; BOEMER, M. R. Enfoque bioético na produção científica dos enfermeiros: caracterização e análise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 40-43, jan./fev. 2004.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1241-1250, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES . **São doze milhões de diabéticos no Brasil**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2116-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>>. Acesso em: 24 ago. 2012.

THAINES, G. H. L. S. et al. Produção, fluxo e análise de dados do sistema de informação em saúde: um caso exemplar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 466-474, 2009.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, jan./fev., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

VARGAS, M. A. O; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 956-963, nov./dez. 2010.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. Trad. João Dell'Anna. 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Minicurrículo das autoras

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Líder do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3119871825560752>>.

Betina Horner Schindwein Meirelles

Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Vice-Líder do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6614412040992259>>.

Soraia Dornelles Schoeller

Professor Adjunto I do Departamento de Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3391345072811728>>.

Samara Eliane Rabelo Suplici

Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá. Membro do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5339010378820760>>.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro Grupo de Pesquisa Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9247403670441395>>.

Leila Maria Marchi Alves

Professor Doutor. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria (OPE), cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2851641325583993>>.

Maria Lucia Zanetti

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Pesquisador 1D do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Diabetes Mellitus, cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0831377626806159>>.

Ana Maria de Almeida

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisador 2 do CNPq. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPMS), cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9615263183487191>>.



Ministério da
Saúde



RET-SUS
Rede de Escolas Técnicas do SUS

