

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB-13, de 28-3-2014

Considerando a necessidade de organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas conforme portaria GMM 252, de 19-02-2013;

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponderam a 72% das causas de morte em 2007, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%);

Considerando a transição demográfica e a maior prevalência das doenças crônicas com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas;

Considerando que no Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares;

Considerando os principais fatores de risco para as DCNT que são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto;

Considerando o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta.

A Comissão Intergestores Bipartite, em reunião realizada em 20-03-2014 aprova o Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de São Paulo, conforme Anexo I.

ANEXO I

Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde – SUS.

I-Introdução

O Termo de Referência é o documento que expressa estratégias e compromissos pactuados nas 63 Regiões de Saúde do Estado de São Paulo para a implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, contemplando ações no âmbito municipal, regional e integradas nas Redes Regionais de Atenção a Saúde (RRAS), conforme portaria GMM 252, de 19-02-2013.

As Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território.

São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

Neste sentido os compromissos assumidos neste Termo de Referência têm como objetivos:

- Promover o fortalecimento do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas Regiões de Saúde do Estado de São Paulo;
- Reorganizar o atendimento aos cidadãos com quadros crônicos, em todos os serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, em redes regionais de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas visa fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecer o cuidado às pessoas com doenças crônicas, garantir o cuidado integral, impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas, contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. A partir do quadro epidemiológico apresentado, serão priorizados na organização da rede os seguintes eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado, prioritariamente, para as doenças/fatores de risco mais prevalentes:

- Doenças renocardiovasculares;
- Diabetes;

- Obesidade;
- Doenças respiratórias crônicas;
- Câncer (de mama e colo de útero).

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas busca garantir a integralidade do cuidado, equidade, ampliação do acesso com qualidade, identificando e atuando nos determinantes sociais da saúde por meio de três eixos:

Vigilância, Monitoramento e Avaliação, Proteção e Promoção a Saúde, Cuidado Integral.

Eixo I - Vigilância, Monitoramento e Avaliação.

Os componentes essenciais da vigilância de DCNT:

- Monitoramento dos fatores de risco por meio de inquéritos populacionais (VIGITEL), pesquisas comportamentais junto aos adolescentes do 9º ano ensino fundamental (PeNSE), pesquisa Nacional de Saúde, PTAB(tabagismo) e SISVAN;
- Monitoramento da morbidade e mortalidade específicas das doenças;
- Análise de morbimortalidade em populações vulneráveis (indígenas quilombolas e outras);
- Sistemas de saúde: infraestrutura, recursos humanos, acesso a serviços de saúde essenciais, medicamentos.

Eixo II- Prevenção e Promoção da saúde

- Academias da Saúde e similares: incentivar o estilo de vida saudável por meio da alimentação adequada praticada, atividade física, controle do tabagismo, do alcoolismo em articulação com a Atenção Primária à Saúde, estimular a cultura da paz;
- Saúde na Escola: promover ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis;
- Alimentação saudável: Incentivar os hábitos de alimentação saudável e estabelecer parcerias para ampliar a oferta de alimentos saudáveis;
- Tabagismo e álcool: fortalecer as ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco nas escolas, Unidades de Saúde e ambientes de trabalho;
- Envelhecimento ativo: incentivar a autonomia, independência, participação, educação, a prática da atividade física regular e o uso racional de medicamentos.

Eixo III- Cuidado Integral

- Linhas de cuidado de DCNT: definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os usuários a equipe da Atenção Básica, assegurando a referência e contrarreferência para os demais pontos de atenção da rede, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.
- Câncer de colo do útero e de mama: assegurar a integralidade do cuidado, incluindo ações de rastreamento do Ca de colo e mama, universalização dos exames, tratamento e reabilitação.
- Rede de Urgência e Emergência: promover a interlocução entre a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências nos casos de agudização das doenças crônicas.
- Atenção Domiciliar: organizar e ampliar a Atenção Domiciliar no âmbito da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas - Unidades Coronarianas e de AVE: qualificar a discussão sobre as linhas de cuidado Cerebrovascular e Doenças Cardiovasculares com ênfase no AVE e IAM promovendo a integração entre Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

O processo de trabalho das DCNT deve considerar ainda a necessidade de elaborar estratégias de acolhimento, humanização, Projetos Terapêuticos Singulares, trabalho em equipe, estratificação de risco e outras ações que são desenvolvidas na gestão do cuidado pelas equipes de saúde.

II - Construção da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O processo de organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se faz a partir do diagnóstico de saúde e organização do fluxo assistencial percorrido pelo paciente desde a Atenção Básica até a alta complexidade hospitalar, responsabilizando cada um pela atenção a uma determinada parcela da demanda, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

O Plano de Ação Regional deverá conter detalhamento técnico de cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, bem como as metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, assim como sobre o estabelecimento de responsabilidades entre os gestores e o aporte de recursos financeiros pela União, Estados e Municípios envolvidos.

II a - Pontos de Atenção e suas competências:

Atenção Básica à Saúde (ABS): Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado no Território

- Definir estratégias para realizar o rastreamento organizado da hipertensão, do diabetes, da dislipidemia, da obesidade, do uso do álcool e do tabagismo, da neoplasia de mama e do colo de útero, de acordo com as recomendações do MS (Caderno de Atenção Básica 29-Rastreamento);
- Identificar as necessidades de saúde da população e utilizar escores clínicos validados para a avaliação de risco, a qual subsidiará a organização e a oferta do cuidado;
- Realizar as ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação;

- Fortalecer a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) incluindo o apoio matricial;
- Realizar educação permanente aos profissionais da AB;
- Garantir o acesso aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Ofertar os medicamentos da farmácia básica e garantir o acesso aos fármacos do componente Especializado e Estratégico da assistência farmacêutica;
- Definir estratégias para implementar o uso racional de medicamentos e monitorar eventos adversos;
- Estimular as práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e as práticas corporais (Academia da Saúde);
- Estimular prática para o autocuidado;
- Articular as ações intersetoriais com os demais equipamentos do território;
- Prestar o atendimento da demanda espontânea vinculando o usuário a equipe de saúde promovendo a continuidade do cuidado Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar Ambulatorial
- Prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica;
- Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta complexidade aos indivíduos que se enquadrem nos critérios de encaminhamento para este nível de complexidade da assistência, de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- Realizar a contrarreferência por escrito para a Atenção Básica sempre que indicado, de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- Diagnosticar os casos de complicações cujo tratamento dependa de recursos não disponíveis nesse nível de atenção, e encaminhar a demanda de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- Realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência, e realizar a transferência a outros pontos de atenção da rede/nível de atenção, caso haja necessidade;

Hospitalar

- Prestar cuidado integral às internações eletivas ou de urgência, de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- Orientar o retorno dos usuários para a assistência na Atenção Básica e/ou atenção ambulatorial especializada, de acordo com as diretrizes clínicas locais;
- Programar a alta hospitalar, realizando orientações com foco no autocuidado;
- Realizar avaliação para os procedimentos cirúrgicos Regulação
- Identificar estrutura de regulação existente e se há articulação de todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado para qualificar a demanda e a assistência prestada, organização da oferta e o acesso às ações e serviços de Saúde de maior densidade tecnológica.

Educação Permanente:

- Indicar quais as atividades desenvolvidas para capacitação, matriciamento, formação e demais ações de Educação Permanente desenvolvidas com os trabalhadores de Saúde para qualificação do cuidado as doenças crônicas e treinamento de cuidadores.

Sistemas de Apoio e Logístico: incluir no plano de ações - Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia Clínica, imagens, entre outros) e assistência farmacêutica.

- Sistemas logísticos de identificação e de acompanhamento dos usuários, registro eletrônico em Saúde, sistemas de transportes sanitários, e sistemas de informação em Saúde.

Avaliação e Monitoramento

- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.
- Os Municípios deverão pactuar regionalmente, para cada componente da Rede, indicadores para avaliação do cuidado do usuário com: HAS, DM, Obesidade, Doenças Respiratórias crônicas e Câncer (CA de colo e mama).

II b - Fase de Adesão e Diagnóstico

Ao município compete:

- Instituir o Grupo Condutor Municipal;
- Elaborar diagnóstico situacional, a partir da análise dos dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionando as necessidades x oferta de ações e serviços de saúde em relação ao cuidado das doenças crônicas e situação da regulação, avaliação e controle;
- Elaborar o Plano de Ação Municipal.
- Discutir e aprovar o Plano de Ação Regional (PAR) na CIR.

Ao Departamento Regional de Saúde compete:

- Instituir o Grupo Condutor Regional;
- Assessorar tecnicamente na elaboração dos Planos de Ação Municipais;
- Elaborar o Diagnóstico Situacional por meio das informações dos municípios assim como o Plano de Ação Regional (PAR) e integrar na Rede Regional de Atenção a Saúde (RRAS)
- Apresentar e aprovar o PAR na Comissão Intergestores Regional (CIR-CGR) e apresentar no CG-Redes;
- Encaminhar o PAR ao Grupo Condutor Estadual para análise.

Ao Grupo Condutor Estadual compete:

- Apoiar e assessorar os grupos condutores regionais na elaboração dos PAR;
- Discutir, analisar e emitir parecer dos PAR;
- Encaminhar os PAR para apreciação e deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).