

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

C-PEM 2015

PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

*“A utilização da metodologia das Linhas de Cuidado no Programa de Controle da
Hipertensão Arterial”*

Rio de Janeiro
2015

C-PEM 2015

PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

*“A utilização da metodologia das Linhas de Cuidado no Programa de Controle da
Hipertensão Arterial”*

Monografia apresentada à Escola de Guerra Naval,
como requisito parcial para a conclusão do Curso de
Política e Estratégia Marítimas

Orientador: CMG (RM1 IM) César Reis Abrantes Filho

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2015

Dedico esta Monografia aos meus
pais Carlos Eugênio e Isabel.

AGRADECIMENTO

À minha Família, pelo apoio necessário para a elaboração desta monografia.

Aos oficiais e praças da Diretoria de Saúde da Marinha pelo apoio e envio dos dados estatísticos que tanto contribuíram na elaboração desta monografia.

Aos alunos do Curso de Política e Estratégia Marítimas de 2015. A amizade de todos foi fundamental para o cumprimento desta missão.

Aos oficiais e praças da Escola de Guerra Naval, particularmente àqueles que nos apoiam nas atividades cotidianas do Curso de Política e Estratégia Marítimas de 2015.

LISTA E ABREVIATURAS

AF	Atenção Farmacêutica
AMH	Assistência Médico-Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CMAM	Centro Médico Assistencial da Marinha
CPMM	Centro de Perícias Médicas da Marinha
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CSM	Corpo de Saúde da Marinha
DAC	Doença arterial coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DGPM	Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
DHN	Diretoria de Hidrografia e Navegação
DM	Diabete melito ou Diabetes Mellitus
DSM	Diretoria de Saúde da Marinha
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LC	Linha de Cuidado
MB	Marinha do Brasil
Md	Médico
MS	Ministério da Saúde
OM	Organização Militar
OMH	Organização Militar Hospitalar
OMPH	Organização Militar Para-Hospitalar

OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PASSM	Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha
PMAR	Plano de Metas e Avaliação de Resultados
PNN	Policlínica Naval de Niterói
PT	Projeto/Plano Terapêutico
REF°	Reformado
RIASSSM	Rede Integrada de Atenção à Saúde do Sistema de Saúde da Marinha
RN	Resolução Normativa
SADT	Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapias
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBHA	Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial
SeDiMe	Setor de Distribuição de Medicamentos
SSA	Programa Saúde ao Seu Alcance
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
SUS	Sistema Único de Saúde
UP	Unidades de Produção

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Projeto Terapêutico para o SSA – Critérios de Inclusão	40
Figura 2	Projeto Terapêutico para o SSA – Consultas de Acompanhamento	40
Figura 3	Fluxograma para integração dos três eixos	42
Figura 4	Percurso da Linha de Cuidado	45
Figura 5	Ciclo do PDCA	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)	26
Tabela 2	Ciclo do PDCA	54
Tabela 3	Matriz SWOT – Pontos Fortes	56
Tabela 4	Matriz SWOT – Pontos Fracos	56
Tabela 5	Matriz SWOT – Ameaças	57
Tabela 6	Matriz SWOT – Oportunidades	57

RESUMO

O enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis vem merecendo especial atenção dos gestores da saúde. Motivada principalmente pelas características peculiares da vida moderna observa-se, dentre outras, modificações nos padrões alimentares, nas condições de moradia e no estilo de vida dos indivíduos. Essa denominada “epidemia” vem comprometendo a qualidade de vida e contribuindo sobremaneira para a elevação dos custos da prestação da assistência. Preocupado com a gravidade dessa situação, pesquisadores como Cecílio e Merhy propuseram, norteados pelo conceito Constitucional da integralidade, a criação de mecanismos para garantir o acesso, a continuidade e a qualidade do atendimento tanto do indivíduo, quanto para a comunidade. As Linhas de Cuidado, desenvolvidas a partir dos Projetos Terapêuticos despontam como uma das medidas mais promissoras para alcançar tal propósito. O presente trabalho tem como escopo avaliar a pertinência da sua utilização no Sistema de Saúde da Marinha. Para alcançar tal objetivo a monografia buscou descrever a relevância do enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; apresentar o conceito da Linha de Cuidado; e propor uma Linha de Cuidado específica para o Programa de Controle da Hipertensão Arterial. O autor, após o levantamento bibliográfico realizado, conclui que a adoção dessa metodologia agrega valor à prestação da Assistência Médico-Hospitalar na Marinha do Brasil.

Palavras Chaves: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Hipertensão Arterial Sistêmica; Linha de Cuidado; Integralidade.

ABSTRACT

The confrontation of Chronic Non-Communicable Diseases has been deserving special attention from health managers. Motivated mainly by the peculiar features of modern life, it's observed among other changes, dietary patterns, housing conditions and lifestyle of individuals. That so-called "epidemic" is compromising quality of life and greatly contributing to rising costs of assistance provision. Concerned about the seriousness of this situation, researchers as Cecilio and Merhy proposed, guided by the constitutional concept of integrity, the creation of mechanisms to ensure access, continuity and quality of care for both the individual and the community. The Care Lines, developed based on Therapeutic Projects, emerge as one of the most promising measures to achieve that purpose. This work has the goal to evaluate the relevance of its use in Navy's Health System. In order to achieve this, the present thesis aims to describe the importance of confronting Chronic Non-Communicable Diseases; introduce the concept of Care Line; and propose a specific Care Line for the Arterial Hypertension Control Program. The author, after bibliographical survey, concludes that the adoption of this methodology adds value to the provision of Medical-Hospital Care in Brazilian Navy.

Key Words: Chronic Noncommunicable Diseases; Systemic Arterial Hypertension; Care line; Completeness.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	OBJETIVO GERAL E SECUNDÁRIO	13
1.2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2	METODOLOGIA	15
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	16
3.1	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	17
3.2	ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	19
3.2.1	Ministério da Saúde	19
3.2.2	Agência Nacional de Saúde Suplementar	21
3.2.3	Diretoria de Saúde da Marinha	23
3.3	PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	25
3.3.1	Hipertensão Arterial	25
3.3.2	Programa de Controle da Hipertensão Arterial	26
4	LINHAS DE CUIDADO	30
4.1	CONCEITOS	30
4.1.1	Integralidade	30
4.1.2	Tipos de Tecnologia na Saúde	31
4.1.3	Modelos Assistenciais	32
4.1.4	Projeto Terapêutico Singular	33
4.1.5	Consulta de Enfermagem	34
4.1.6	Qualidade na Saúde	35
4.1.7	Linha de Cuidado	36
4.1.8	Saúde ao Seu Alcance	38
5	PROPOSTA DE LINHA DE CUIDADO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	41
5.1	SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA	41
5.2	LINHA DE CUIDADO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	44
5.2.1	Ferramentas da Qualidade	48
5.2.1.1	Ciclo do PDCA	48
5.2.1.2	Matriz SWOT	56
6	CONCLUSÕES	58
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

1 INTRODUÇÃO

Influenciados pelos avanços e retrocessos da sociedade ocidental, os aspectos sociais, políticos e econômicos interferiram sobremaneira no binômio (processo) saúde-doença, criando assim a necessidade da elaboração de modelos para a prestação da assistência à saúde. Em um ambiente marcado pela insegurança e incerteza, a prática médica vem buscando acompanhar essas complexas mudanças, realizando as correções necessárias para a manutenção do bem-estar dos indivíduos e também da comunidade em que estão inseridos.

No passado, mais especificamente no início do século vinte, os aspectos relacionados às questões sanitárias (Sanitarismo Campanhista) eram preponderantes, bem como a construção de modelos assistências centrados na figura do médico, na realização de exames/procedimentos e nas Unidades Hospitalares. Hoje observamos a mudança do foco do médico para a equipe multidisciplinar; a valorização das Unidades de Atenção Básica; e a priorização da tríade representada pela prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação dos indivíduos.

No Brasil, a mudança acima citada ocorreu com um movimento denominado de Reforma Sanitária. Conduzida pela sociedade civil, a reforma foi sendo desenhada na década de 1970- 80 e acompanhou um período de grandes mudanças no campo econômico e social (moradia, transporte, taxas de mortalidade, condições de saneamento básico e mudança do padrão alimentar). O marco dessa reforma sanitária foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). O seu texto final firmou o conceito de que a saúde é um direito do cidadão e serviu como base para a criação em 1990 do Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentada nos princípios constitucionais da integralidade, universalidade e participação social, a assistência à saúde passa, no Setor Público, a ser gerenciada em três níveis, a saber: Municipal, Estadual e Federal.

Um dos pontos marcantes da agenda dos gestores da saúde, sob essa nova ótica e razão do presente estudo, é o aumento da prevalência de um grupo de agravos denominados de

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Esse grupo, fortemente influenciado pelas características inerentes à vida moderna, é constituído pelas doenças cardiovasculares, as neoplasias, o diabetes melito ou *Diabetes Mellitus* (DM) e as doenças respiratórias crônicas. A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) ao apresentar a gravidade do que representa as DCNT cita que

este fenômeno, denominado “**transição epidemiológica**”, ocorre devido à mudança do padrão de mortalidade que afeta a população. Anteriormente, no início do século passado, às doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito (~ 50%) enquanto que hoje, com as melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (OPAS, 2015).

A Marinha do Brasil (MB), por intermédio de uma Diretoria Especializada (Diretoria de Saúde da Marinha – DSM), acompanha os avanços dos modelos assistenciais e a crescente importância do enfrentamento das DCNT. A publicação de um Manual para os Programas de Saúde e a primeira revisão da Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM), em 2015 e 2014 respectivamente, são considerados marcos no campo da prestação da Assistência Médico Hospitalar¹ (AMH) na MB. A PASSM traz no seu bojo conceitos atuais do modelo assistencial a ser adotado na MB e uma potente ferramenta de acompanhamento, o Plano de Metas e Avaliação de Resultados (PMAR). Já o Manual dos Programas de Saúde, lista as ações referentes à prevenção de doenças e promoção da saúde. A DSM ao publicar esses documentos traça um rumo para os gestores da saúde na MB, proporcionando assim, à Família Naval², as bases de um sistema que prima pelo bem-estar e, sobretudo, a qualidade do atendimento. Consta nos dois documentos acima mencionados, a referência a uma metodologia chamada de Linha de Cuidado (LC). A sua elaboração,

¹ ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH): é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo os serviços dos profissionais de saúde, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários (BRASIL, DGPM 401 (Rev3 Mod1) – Normas para Assistência Médico-Hospitalar, 2013, p. 1-3.

² Termo utilizado para caracterizar o conjunto de todos os componentes da MB.

fundamentada em Projetos Terapêuticos (PT), apresenta-se como uma ferramenta de grande valia para o gestor e será alvo de estudo no decorrer da monografia.

A monografia em tela foi dividida em seis capítulos. Após a introdução e a descrição da metodologia adotada, o capítulo que se segue, ao descrever as medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde pretende discorrer sobre as DCNT, com foco na Hipertensão Arterial; a seguir são apresentados os aspectos conceituais da LC e para exemplificar, serão citados os principais aspectos do Programa Saúde ao Seu Alcance da DSM; antes da conclusão, o autor apresenta uma proposta da aplicação da metodologia da LC no Programa de Controle da Hipertensão Arterial da DSM.

1.1 OBJETIVO GERAL E SECUNDÁRIOS

O objetivo geral dessa monografia, portanto, é avaliar a pertinência da aplicação da metodologia da LC no Programa de Controle da Hipertensão Arterial da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM).

Para isso, foram estabelecidos os seguintes objetivos secundários:

- a) Descrever a relevância do enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), em especial da Hipertensão Arterial;
- b) Apresentar os conceitos que permeiam o entendimento da LC;
- c) Apresentar o conceito da LC e sua aplicação na melhoria dos processos de atendimento aos usuários;
- d) Propor, com base na utilização de ferramentas da qualidade, uma LC específica para o Programa de Controle da Hipertensão Arterial da DSM.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Como referencial teórico foi escolhido o trabalho pioneiro de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Merhy, cujo título é “*A INTEGRALIDADE DO CUIDADO COMO EIXO DA GESTÃO HOSPITALAR*”.

Em 2003, na Cidade de Campinas, São Paulo, os autores supracitados construíram a base para a utilização das LC, a partir do conceito da integralidade e propuseram, ainda, a sua utilização como ferramenta de aprimoramento da gestão dos diversos serviços de um sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

No caso dessa monografia, o problema a ser estudado está associado à utilização da LC no Programa de Controle da Hipertensão Arterial, de maneira a propiciar a melhoria da qualidade da prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) à Família Naval.

Para avaliar essa utilização, foi realizada uma revisão da literatura que utilizou ferramentas de busca na *INTERNET*, *INTRANET*, documentos normativos, manuais, artigos e livros, que serviram de base para a compreensão e consecução dos objetivos traçados.

Quanto aos critérios de classificação para realização da pesquisa, segundo França (2007), o presente trabalho terá um delineamento descritivo.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Segundo Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946, as medidas de prevenção de doenças e a promoção da saúde em consonância com as condutas de recuperação e a reabilitação representam a base da medicina assistencial. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, ampliaram o conceito e delinearum um modelo da história natural das doenças. Dessa forma foram identificados três níveis de prevenção, a saber: primária, secundária e terciária. A primeira não está voltada para determinada doença, mas destinada a melhorar a saúde e o bem-estar gerais. Já a segunda, o objetivo principal é impedir, ou tentar impedir que ocorra a evolução de um agravo já diagnosticado. E a terceira, diz respeito a reabilitação do paciente.

Outro marco importante foi a divulgação do documento “A new perspective on the health of Canadians”, também conhecido como Informe *Lalonde*, em 1974. A realização desse estudo foi motivada pelos custos elevados e crescentes da assistência à saúde, além do questionamento do modelo centrado no médico no manejo das doenças crônicas. Ainda no cenário mundial, destaca-se que em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa. No seu texto há uma precisa definição sobre o conceito da prevenção e promoção da saúde:

promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (...) nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No Brasil, acompanhando as profundas mudanças na ordem social (globalização, por exemplo) observadas desde o último século e o questionamento sobre a efetividade dos modelos de atenção à saúde (curativo e preventivo), a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei do SUS passaram a representar uma linha divisória na forma de se cuidar da saúde. A garantia de que a saúde é um direito do cidadão, traz consigo

uma série de mudanças no nosso modelo assistencial. Essas mudanças motivaram a implementação de várias medidas e programas. Dentre elas, relacionada com o descrito neste capítulo, é possível citar a elaboração do Pacto pela Saúde de 2006 e conseqüentemente, o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022) e as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (2013), pelo Governo Federal e MS, respectivamente.

Com a adoção dessas medidas de relevante impacto social, o Brasil se alinha aos demais membros da comunidade internacional, visto que, na atualidade, há um especial interesse dos gestores da saúde (iniciativa pública e privada) para que essas medidas sejam colocadas em prática nos diversos setores de atendimento aos pacientes.

O presente capítulo tem como escopo apresentar uma conceituação sobre as DCNT e descrever as ações que são preconizadas no âmbito do MS, na saúde suplementar regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e na DSM, para o enfrentamento desse importante grupo de agravos à saúde e, por fim, descrever o Programa de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica da DSM.

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Por definição as DCNT representam um grupo de entidades nosológicas constituídas pelas doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal crônica); diabetes melito; as neoplasias malignas; e as doenças respiratórias crônicas. As DCNT estão diretamente relacionadas, dentre outros, a fatores demográficos (envelhecimento da população, redução da natalidade, urbanização das cidades) e mudanças no estilo de vida (sedentarismo, adoção de hábitos alimentares pouco saudáveis). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgados com base em um levantamento realizado em 2005

indicam que cerca de 35 milhões de mortes podem ser atribuídas às DCNT. No que diz respeito a HAS, foco do presente estudo, as estatísticas da Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial (SBHA), publicadas na I Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,

apontam para uma prevalência de, no mínimo, 25% da população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e também está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. A Hipertensão Arterial ainda é a responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal (SIMÃO, AF *et al*, 2013).

No âmbito da MB, o Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) cumprindo o seu papel de promover a vigilância em saúde coordenou, em 2012, um censo na área da Esquadra, que avaliou 96% dos militares da ativa das diversas Organizações Militares (OM) subordinadas ao Comandante em Chefe da Esquadra na área Rio de Janeiro. Na ocasião foram identificados 14% de hipertensos entre os militares da ativa que participaram da averiguação. Em uma segunda etapa, o censo também abrangeu os militares (93% do total), da área Rio de Janeiro, subordinados à Diretoria de Hidrografia e Navegação (DHN) e identificou 18% de hipertensos. O censo tanto na Esquadra, quanto na DHN foi constituído de duas fases. A primeira (triagem) foi realizada nas OM e foi conduzido pela equipe de saúde de bordo. Nessa fase, todos os militares de bordo compareceram ao Setor de Saúde e responderam perguntas sobre a existência de DCNT na família e verificaram seus sinais vitais. Já a segunda fase, relacionada com os aspectos do diagnóstico e elaboração de uma proposta de tratamento, foi realizada na Policlínica Naval de Niterói (PNN), onde eram realizados exames complementares e avaliação multiprofissional. Caso o militar fosse realmente identificado como hipertenso, o mesmo era convidado a participar do Programa de Controle de Hipertensão Arterial da DSM. Digno de nota foi a estrutura que foi preparada para a realização do censo. A coordenação dos eventos entre as OM operativas e a PNN, sob a coordenação do CMAM foi fundamental para a consecução do objetivo. Esse planejamento pode ser considerado como um esboço de um Projeto Terapêutico e serviu de evento teste para a implantação de medidas de vigilância em saúde na Área Operativa.

No caso do censo de 2012, constatou-se de que existem aproximadamente 14% de militares na Esquadra e 18% na DHN, com diagnóstico preliminar de HAS. Esses números, por representarem um problema de saúde pública, são motivo de preocupação para o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) principalmente diante da capacidade de propiciar o surgimento de eventos tanto agudos e crônicos.

Esses dados, apesar de não representarem a realidade de toda a MB, servem de alerta para a necessidade do diagnóstico precoce da HAS, em função do índice de mortalidade apontado pela OMS, do elevado custo na prestação da assistência médica e da relevância da adoção de medidas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Essas medidas são descritas em publicações da DSM e estão disponíveis no seguinte sítio eletrônico www.dsm.mar.mil.br.

3.2 ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

3.2.1 Ministério da Saúde

Premido com o avanço das DCNT no Brasil, o MS publica em 2011 o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022). Seus objetivos incluem a elaboração de políticas públicas específicas para a prevenção, controle e cuidado das DCNT. Como decorrência do documento e buscando a integralidade da assistência, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS cria a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria MS/GM Nº 483, de 1º de abril de 2014). Nesse momento, para modificar o modelo de atenção à saúde para esse grupo de agravos, o MS escolhe como estratégia a implementação de uma Linha de Cuidado (LC) que visa oferecer uma continuidade na assistência, desde a Unidade Básica, até os complexos hospitalares, de modo a buscar utilizar com mais economicidade os

recursos tecnológicos existentes.

Especificamente no que concerne à HAS, foi elaborado em 2013, o Caderno de Atenção Básica número 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. O caderno aborda, dentre outros aspectos, as estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle, além de fomentar a implementação da atenção norteada por protocolos clínicos adequados à realidade local. No texto houve uma valorização do papel da enfermagem (consulta de enfermagem). O papel da enfermagem está principalmente relacionado aos aspectos de educação em saúde (prevenção primária), estratificação do risco das doenças cardiovasculares³ (risco de um indivíduo apresentar a doença arterial coronariana, no prazo de dez anos) e na fidelização do usuário. Em resumo,

nas consultas de enfermagem, o foco do processo educativo será para orientação daquelas medidas que comprovadamente reduzem a pressão arterial, entre elas: hábitos alimentares adequados para manutenção do peso corporal e de um perfil lipídico desejável, estímulo à vida ativa e aos exercícios físicos regulares, redução da ingestão de sódio, redução do consumo de bebidas alcoólicas, redução do estresse e abandono do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No caso do profissional médico, além dos aspectos relacionados às medidas educativas em saúde, soma-se a investigação das lesões em órgão alvo, o diagnóstico diferencial da hipertensão e também, a identificação dos fatores de risco da doença arterial coronariana (DAC). Pautado em uma anamnese e no exame físico, o médico passa para a fase de solicitação de exames complementares – sempre focado na busca das lesões de órgão alvo. Baseado em protocolos clínicos já sedimentados, o médico deve solicitar, em princípio, anualmente: eletrocardiograma; fundoscopia⁴; exame de urina; e uma bioquímica do sangue (glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, potássio e creatinina). Os exames de maior

³ O escore de Framingham é a ferramenta mais utilizada para a categorização do risco da doença cardiovascular. Por intermédio de uma pontuação, os pacientes são incluídos no grupo de baixo, intermediário ou alto risco. Para cada um dos grupos, existem estratégias específicas para minimizar a ocorrência das complicações agudas e crônicas da HAS.

⁴ O fundo do olho, visualizado pela fundoscopia, é o único local possível para se observar os vasos sanguíneos sem a necessidade de incisões cirúrgicas. Caso as artérias e veias do fundo olho estejam anormais, pode-se inferir que as do cérebro e rim também se encontram comprometidas. Esse exame de simples execução é capaz de identificar o grupo de pacientes com potencial lesão de órgão alvo.

complexidade (ecocardiograma, teste de esforço, tomografia computadorizada e ressonância magnética) devem ser solicitados sempre que na anamnese e/ou exame físico forem identificados fatores que, assim, os justifiquem.

Com a publicação desse Caderno, os profissionais de saúde passam a contar com protocolos para a abordagem do indivíduo que apresente as diversas formas de HAS, uniformizando as ações em toda a rede de atendimento.

3.2.2 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Alinhada às mudanças efetuadas no Setor Público, a ANS publicou em 2005 uma Resolução Normativa (RN) determinando que as prestadoras implantassem programas de prevenção e promoção da saúde. Na ocasião essa RN garantiu uma extensão da cobertura dos planos para as DCNT. Desde então, vem editando um manual, atualmente na quarta edição, de orientação para as prestadoras de serviço da saúde suplementar, com especial ênfase nos aspectos de planejamento dos programas de saúde, e nas medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde. No aspecto do planejamento, a publicação elenca alguns pontos fundamentais:

- a) Identificar a carteira de beneficiários (dados demográficos e epidemiológicos);
- b) Identificar, a partir dessa análise prévia da identificação da carteira, quais programas devem ser implantados;
- c) Elaborar a JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA, ou seja, as motivações que levaram à adoção da estratégia;
- d) Estabelecer os OBJETIVOS do programa, ou seja, o que se pretende obter com a adoção da estratégia;

- e) Definir a POPULAÇÃO-ALVO, que significa o número de pessoas que se pretende alcançar com a atividade programada;
- f) Definir a COBERTURA DO PROGRAMA, ou seja, o número de indivíduos que participam de cada programa em relação à população-alvo;
- g) Estabelecer a FORMA DE CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA;
- h) Estabelecer o LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA;
- i) Definir quais ATIVIDADES serão DESENVOLVIDAS/PREVISTAS;
- j) Realizar CAPACITAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS;
- k) Definir a PREVISÃO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BENEFICIÁRIO NO PROGRAMA;
- l) Estabelecer a PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES;
- m) Propor as METAS de cobertura previstas para o programa e os resultados esperados;
- n) Definir como será realizada a AVALIAÇÃO do programa;
- o) Discriminar as referências utilizadas na elaboração do projeto.

Todos os requisitos acima também se aplicam às ações que podem ser empreendidas na MB para a elaboração dos PT e das LC.

A ANS também incluiu um tópico que versa sobre prevenção de riscos⁵. A motivação da sua inclusão está relacionada a um conceito de que os

fatores de risco comuns e modificáveis estão na base das principais doenças crônicas. Esses fatores de risco explicam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em ambos os sexos, em todas as partes do mundo. Eles incluem: obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

⁵ O termo risco refere-se ao grau de probabilidade da ocorrência de um determinado evento. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos saudáveis, mas expostos a determinados fatores, adquiram certa doença (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2011).

Dessa maneira, a ANS estaria desenvolvendo uma estratégia de atuação nas medidas de prevenção/promoção (fatores de proteção do indivíduo) e não, somente na fase curativa das doenças.

Ao observar a postura das operadoras e demais prestadoras de serviço da saúde suplementar, constata-se uma mudança de comportamento, mais especificamente ao verificar os produtos oferecidos nesse segmento; e a realização de diversas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Um exemplo que confirma o acima descrito, é a criação de ambulatórios específicos em que usuários portadores de HAS, são atendidos por médicos específicos e apoiados por uma equipe multidisciplinar.

A busca de uma assistência integral e de qualidade pode ter sido o intento da ANS, ao interpor nas complexas relações entre os atores da saúde suplementar (ANS, operadora ou prestadora e usuário), a preocupação com o enfrentamento das DCNT.

3.2.3 DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA

As diversas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde fazem parte das atividades diárias de todos os oficiais do Corpo de Saúde da Marinha (CSM). Desde o início da minha carreira naval, por exemplo, recebi orientações do tipo: “Na Marinha você deve ser doutor da saúde e não da doença”⁶.

Não há como dissociar tal abordagem dos profissionais do CSM, visto que nas diversas OM, tanto Operativas, como naquelas em que predomina o serviço administrativo, a manutenção da higiene e o preparo para o combate são de *per si* fundamentais para todos os militares da ativa. No que diz respeito ao restante da Família Naval o mesmo fenômeno é

⁶ Frase de autoria do Capitão-de-Mar-e-Guerra (Md Ref^o) Lais.

observado. Nos diversos níveis de atendimento identificados pela DSM, observa-se a preocupação com as medidas que objetivam a manutenção da saúde, recuperação dos usuários, ações preventivas e de promoção da saúde.

Em 2014, houve a publicação da primeira revisão da Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM). A Política foi desenhada para atuar em três níveis, que foram denominados de Eixos. O primeiro – Prevenção de doenças e Promoção da Saúde; o segundo - Atenção Básica; e o terceiro – Atenção Especializada.

No primeiro eixo, a DSM incluiu:

a) as medidas de prevenção nos três níveis (primária, secundária e terciária) descritas anteriormente;

b) os Programas de Saúde (ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência);

c) as campanhas de esclarecimento, diagnóstico e prevenção em saúde.

No segundo eixo, considerado a “porta de entrada” do Sistema, estão reunidos estrutura, pessoas e tecnologia com considerável grau de resolutibilidade. Incluiu-se nesse nível o atendimento domiciliar multiprofissional, o que assegura a assistência ao usuário que por um determinado momento ou mesmo, definitivamente encontra-se impossibilitado de comparecer na rede assistencial. O terceiro e último eixo é dividido em dois níveis, média complexidade e alta complexidade. Nesse eixo, fortemente influenciado pelo adequado enfrentamento das DCNT, encontramos a mais avançada tecnologia e os profissionais mais especializados, conseqüentemente os maiores custos na prestação da assistência.

Além do acima descrito, a PASSM também aborda os aspectos relacionados a

incorporar ao processo saúde-doença tradicional o conceito de bem-estar físico pleno, consideradas as condições epidemiológicas da população assistida na área de abrangência de cada Distrito Naval. Busca, também, otimizar as ações assistenciais para adequar a capacidade instalada das OMH e OMFM às necessidades do seu universo de usuários (BRASILb, COMANDO DA MARINHA. POLÍTICA ASSISTENCIAL PARA O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA, 2014, p: 1-2).

As DCNT que tanto chamaram a atenção da comunidade científica nas últimas

décadas e que por muitos já é classificada como epidemia, será um desafio a ser encarado pelos gestores tanto na esfera pública, quanto na saúde suplementar. Não somente os benefícios observados ao se promover saúde, mas os crescentes custos relacionados por exemplo, com a incorporação de novas tecnologias e a inflação médica⁷, parecem representar um fator de estímulo para a elaboração de estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde.

3.3 PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Antes de descrever o Programa é necessário realizar uma revisão do que vem a ser a HAS e a sua abordagem. Não há como se elaborar um PT sem o adequado conhecimento dessa patologia.

3.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 37, a HAS é uma entidade nosológica multifatorial, com alta morbimortalidade⁸, caracterizada por elevação dos níveis da pressão arterial (acima de 140x90mmHg) e frequente lesão do sistema nervoso central, rim, coração e vasos sanguíneos (lesão de órgão alvo). A publicação ainda ressalta o comprometimento da qualidade de vida e da capacidade laborativa do indivíduo decorrente da lesão dos órgãos alvo.

Infelizmente a HAS possui uma evolução silenciosa, mas é frequente que os pacientes reportem ao profissional de saúde sintomas como dor de cabeça; alterações visuais; e falta de ar

⁷ A inflação médica é também denominada de Variação do Custo Médico e Hospitalar (VCMH) e representa o total das despesas assistenciais pagas pelas operadoras de planos e seguros de saúde. O VCHM mede a variação anual dessas despesas (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - IESS).

⁸ Para o MS refere-se ao impacto das doenças e das mortes que incorrem em uma sociedade.

relacionada ou não aos esforços. Nos casos mais graves observa-se a presença de alterações visuais; dor torácica e alterações neurológicas.

A sua abordagem terapêutica não requer, salvo nas lesões dos órgãos alvo, tecnologias duras e pode ser adequadamente conduzida na Rede de Atenção Básica. Os medicamentos, sempre associados às mudanças no estilo de vida, são de relativo baixo custo e na sua maioria estão disponíveis (até mesmo de forma gratuita) nas farmácias e no SSM.

Como recomendação de caráter geral, os pacientes durante uma consulta médica devem ter a sua pressão arterial aferida. Para facilitar o entendimento, a TABELA 1 apresenta um resumo da classificação da HAS.

Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão isolada sistólica	≥140	<90

TABELA 1 Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)
Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI, Revista de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Janeiro, Fevereiro e Março de 2010 Ano 13, Volume 13, Número 1.

3.3.2 Programa de Controle da Hipertensão Arterial

O Programa está inserido no Manual dos Programas de Saúde da Marinha (DSM 2006), apresenta conforme proposto pelo MS e pela PASSM, uma estratégia para a aplicação

de ações de saúde pública para as atividades dos três eixos de atenção do SSM. Como não poderia deixar de ser, a ênfase das orientações está voltada para o primeiro eixo de atenção à saúde. O Capítulo 3 da publicação é o que trata especificamente do Programa de HAS. Ao propor estratégias em conjunto com o Programa de *Diabetes Mellitus* busca por meio da sua execução, se corretamente aplicadas, melhorar o conhecimento a respeito da HAS, prevenir doenças correlatas, favorecer a detecção precoce e as suas complicações (lesão de órgão alvo). Pode também contribuir na redução de encaminhamentos para os serviços de Atenção Especializada, possibilitando reter o paciente na Rede Básica da Assistência e contribuindo assim, para otimizar os fluxos assistenciais do SSM.

A base do Programa, ou seja, a captação está pautada principalmente na atuação da equipe de enfermagem durante o acolhimento⁹. Nas Policlínicas e Hospitais Navais, a DSM recomenda nas Visitas Técnicas (VISITEC) a criação de um espaço (consultório) exclusivamente destinado ao acolhimento dos pacientes. Esse fato que agrega valor à assistência prestada e está em consonância com as orientações do MS (Política Nacional de Humanização). O Caderno de Atenção Básica número 28, no seu volume 01, apresenta o referencial teórico do acolhimento para as Unidades de Atenção Básica.

Por ocasião da captação no momento do acolhimento com a enfermagem, o paciente é investigado buscando identificar as suas necessidades (acordo item 4.1.5) e o seu adequado encaminhamento dentro da Rede Assistencial. Nessa ocasião o usuário será apresentado ao Programa e convidado a participar das atividades correlatas. A captação dos pacientes também pode ocorrer durante uma consulta médica e nas campanhas de promoção e prevenção de doenças.

⁹ O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (Disponível em < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em 21 ago. 2015).

Considerando a terapêutica, o Programa conta com duas facilidades: o Setor de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe) e o Projeto Saúde ao Seu Alcance (SSA). O primeiro garante ao usuário a aquisição de medicamentos de uso crônico ao preço de custo e o segundo, obedecendo a uma lista definida pela DSM, fornece sem custo, medicamentos para o tratamento da HAS.

O Programa também recomenda, que sejam elaboradas atividades (palestras, encontros, campanhas) com ênfase no caráter educativo e de esclarecimento sobre a HAS, patologias associadas e as suas eventuais complicações (cerebrais, cardíacas e renais). Como exemplo, em 2012, no dia mundial de combate a hipertensão, a Rede de OM subordinadas ao CMAM (Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, PNN, Policlínica Naval de Campo Grande, Sanatório Naval de Nova Friburgo, Ambulatório Naval da Penha) lançou a campanha “Eu sou 12x8” na qual foram realizadas palestras, distribuição de panfletos, aferição da pressão arterial, dentre outras atividades. Essas medidas buscam atuar no que é chamado, na área médica, de fatores de risco modificáveis. São eles: mudanças no estilo de vida; reeducação alimentar; estímulo à prática de exercícios; controle do estresse; e cessação do tabagismo e da ingestão de bebidas alcoólicas.

Os resultados do programa (inscrições, faltas, altas e abandono) ainda são acompanhados por indicadores de processos, desempenho e impacto. As ações estratégicas discutidas e implementadas pela DSM/CMAM são norteadas pelos relatórios gerados pela análise dos indicadores. Segundo dados coletados junto ao CMAM, no ano de 2014 foram inscritos 7.605 usuários no Programa de Controle de Hipertensão, sendo 7% deste total, referente à militares da ativa. As faltas corresponderam a 16% e o abandono ao Programa 0,3% do total das captações. O Programa de Controle da Hipertensão Arterial representa um volume de captações de 61%, do total de todas as captações do Programa de Doenças Crônicas. Tal fato aponta para a relevância e urgência da construção de uma LC específica.

No capítulo seguinte será apresentada a conceituação do que vem a ser a Linha de Cuidado e os seus benefícios na prestação da assistência e no enfrentamento das DCNT.

4 LINHA DE CUIDADO

As LC, segundo Cecílio e Merhy (2003), representam pela sua complexidade e características peculiares, numa maneira adequada da abordagem do processo saúde-doença pelo gestor, principalmente no que se refere ao manejo das DCNT, de modo a auxiliar no planejamento e reorganização da assistência. Um aspecto também relevante é a possibilidade da LC atuar na humanização do cuidado e provocando a formulação de políticas, públicas e da saúde suplementar, objetivando a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

O presente capítulo tem como escopo apresentar conceitos (integralidade, tipos de tecnologia, modelos assistenciais, PT singular e consulta de enfermagem) que facilitarão o entendimento da Linha de Cuidado, apresentar as suas principais características e descrever o SSA da DSM, como um exemplo de parte de uma LC.

4.1 CONCEITOS

4.1.1 Integralidade

O entendimento das LC passa necessariamente pelo entendimento do que vem a ser a integralidade na área da saúde.

Segundo Cecílio e Merhy, a integralidade “seria o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares” (2003).

Ainda abordando o campo conceitual, observa-se que a integralidade pode ser descrita segundo um aspecto legislativo, como o expresso na Constituição em vigor, que de acordo com o seu Art. 6º, dentre outros, assegura o direito a saúde para todos os cidadãos

brasileiros. Assim como na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que no seu artigo Art. 7º garante a integralidade de assistência e a define como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade, segundo Schulze e Chiarelli, “precisa ser interpretado à luz dos valores constitucionais plasmados na dignidade da pessoa humana, na fundamentalidade e na universalidade dos direitos, bem como na aplicabilidade imediata destes” (SCHULZE e CHIARELLI, 2014).

Um segundo ponto de reflexão está diretamente relacionado a uma limitação de recursos (humanos, financeiros e tecnológicos) e ao dever do Estado em garantir os direitos do cidadão e de planejar/executar políticas públicas. Na prática médica cotidiana há um jargão que expressa bem essa limitação: “saúde não tem preço, mas tem custo”. Considerando ainda o aspecto das limitações, a crescente judicialização da saúde, interpõe-se como um agravante que não pode ser deixado de lado. Segundo Wang,

o litígio de saúde no Brasil está fazendo o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema público de saúde de dois níveis - um para aqueles que podem recorrer e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente dos custos, e outro para o resto da população, que não tem acesso a cuidados restritos. A forma como o Judiciário decide tem também obrigado o Estado a fornecer drogas e serviços baseados em evidências científicas pobres e, às vezes, sem considerar a relação custo-efetividade ou as prioridades da saúde pública.

Um terceiro e último aspecto que diz respeito à qual será o ponto de vista no entendimento da integralidade. Nesse aspecto, estabelece-se a discussão da escolha do melhor modelo assistencial a ser adotado. O assunto em questão, será melhor abordado no item 4.1.3.

4.1.2 Tipos de Tecnologia (Dura, Leve-dura e Leve)

Três são os tipos de tecnologia usualmente aplicados na área da saúde (dura, leve-dura e leve) que, mais do que um arranjo de ideias, influenciam diretamente as LC e trazem

consigo um conflito (tecnologia *versus* a humanização).

Ou seja, um paciente que procura um serviço de saúde necessita de tecnologia ou de atendimento das suas necessidades? Basta ao gestor investir em tecnologia, ou seria mais importante (agregação de valor) buscar um atendimento mais humano para os pacientes?

A construção da LC desponta como uma possível resposta para os questionamentos acima citados.

A correta medida entre o uso de equipamentos (tecnologia dura) de ponta em detrimento à adequada combinação dos saberes (tecnologia leve-duras), e a constatação da dificuldade do estabelecimento de uma boa relação profissional de saúde-paciente (tecnologia leve) contribuem para o não cumprimento da integralidade.

4.1.3 Modelos Assistenciais

Os modelos de atenção à saúde, segundo Paim, representam

a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM 1999).

A adoção dos diversos modelos assistenciais existentes constitui uma decisão estratégica complexa que permeia o cotidiano e conseqüentemente, as decisões da alta administração nos diversos sistemas de saúde. São três os principais fatores que influenciam a escolha dos modelos assistenciais: os elevados custos da prestação da assistência; o envelhecimento da população; e as DCNT. A influência desses fatores, nas decisões estratégicas, é observada tanto no cenário da saúde pública, quanto da suplementar e como não poderia deixar de ser, no SSM.

O cenário atual da saúde impõe ao gestor, um questionamento da manutenção do modelo tecno-assistencial baseado no hospital (hospitalocêntrico) e no profissional médico, representado por uma figura de pirâmide, permeado por fluxos e norteadas pelas medidas de

referência e contra referência¹⁰. Busca-se como alternativa, o fortalecimento de um modelo em teia que valoriza a relevância da assim chamada rede assistencial. Compõe esse conceito de rede o aperfeiçoamento da metodologia dos cuidados, a maneira pela qual o sistema é administrado e finalmente o uso racional da tecnologia. Sintetizando o conceito do modelo assistencial baseado em rede, Paim (1999) a descreve como sendo capaz de prover um “serviço para cada um de acordo com a necessidade e serviço para cada um de acordo com a capacidade”.

O hospital com essa nova visão, segundo Cecílio e Merhy (2003), representaria uma estação de múltiplos cuidados onde a equipe de profissionais (médicos e de apoio) atuando de forma integrada poderia de uma forma mais racional, com acesso à tecnologia dura, proporcionar um melhor atendimento às necessidades do indivíduo (autonomia do sujeito) e não, simplesmente do tratamento de enfermidades (procedimentos).

Nota-se que cada vez mais os teóricos buscam a valorização do indivíduo e não somente do tratamento da doença. Essa característica é um dos pilares da formulação das LC que serão apresentadas a seguir (item 4.1.6).

4.1.3 Projeto Terapêutico Singular

No âmbito do MS, a Portaria n. 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011 é o referencial teórico para a construção do PT.

Segundo Franco (2004), o PT “é o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em avaliação de risco”. A autora cita que a avaliação do risco está relacionada às condições sociais, do meio ambiente e também

¹⁰ Segundo Serra e Rodrigues (2010) referência e contrarreferência, representam um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. *Ciênc. Saúde Coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010 - Avaliação da referência e contrarreferência no PSF da Região Metropolitana do RJ. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900033&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 ago. 2015*

dos aspectos afetivos do indivíduo. Mais uma vez observa-se a valorização do indivíduo (tecnologia leve) em detrimento da oferta de serviços ou de procedimentos (tecnologia dura).

Assim, após a avaliação multidisciplinar que visa reconhecer os aspectos relevantes sobre o indivíduo que busca a assistência, é elaborado um planejamento (prospectivo) que, por sua vez, dispara a LC específica e servindo, segundo Cecílio e Merhy, como seu “fio condutor”.

4.1.4 Consulta de Enfermagem

O entendimento do conceito do termo consulta, traz consigo toda a dimensão da sua relevância na construção de um LC. Segundo Santos e Cubas (2012) a consulta de Enfermagem “tem como base o cuidado, com o objetivo de diagnosticar, orientar e realizar intervenções”. Complementado a conceituação, temos a Resolução 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Nela é possível identificar a afirmação de que a consulta de Enfermagem

utiliza componentes do método científico, para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar procedimentos de Enfermagem que contribuam para a prevenção, promoção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade... (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 159/1993).

No cotidiano da prática assistencial a consulta de enfermagem enfrenta grande dificuldade de aceitação como prática de assistência que seja capaz de agregar valor ao paciente e também, resistências para sua efetiva implementação. Culturalmente ainda é observado que os gestores não valorizam adequadamente esse tipo de consulta. Principalmente porque os modelos assistências ainda são muito centrados na figura do médico, deixando para um segundo plano o atendimento realizado por outros profissionais de saúde.

Para a sua realização, alguns aspectos são relevantes. Um deles, está relacionado à estrutura física do local de atendimento e dos recursos materiais e humanos disponibilizados, requisitos fundamentais e que garantem a realização de práticas seguras da atividade

profissional. Outro aspecto relevante diz respeito diretamente ao Enfermeiro. Segundo Santos e Cubas, exige-se “um conjunto de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser) que evidenciam a sua competência profissional”.

4.1.6 Qualidade em Saúde

Antes de apresentar o conceito de LC e as características do SSA, é pertinente discorrer sobre o tema qualidade aplicada na saúde. O PT que dá início à LC deve estar balizado com vistas a qualidade da assistência. Dessa forma, o gestor e os profissionais de saúde devem, ou pelo menos deveriam ter o seu foco (farol) na qualidade.

Vários teóricos já discutiram o assunto da qualidade nos serviços de saúde e, principalmente quais são as melhores, ou mais adequadas ferramentas utilizadas na sua mensuração. Para o presente trabalho, optou-se por tecer comentários sob um dos aspectos que implicam em uma especial atenção, por parte do gestor e demais profissionais da área. O aspecto escolhido diz respeito à relação entre o que é oferecido e a expectativa do usuário. Essa relação foi alvo de um estudo conduzido por Parasuraman, Zeithaml e Berry que publicaram em 1985 uma metodologia que ficou conhecida como Escala SERVQUAL¹¹. O diferencial desses autores foi o de incluir, nas avaliações da qualidade, um critério até então legado a um segundo plano, ou seja, a qualidade passaria a ser avaliada também na percepção do cliente. Resumidamente, se o que foi percebido superou a expectativa, a qualidade se faz presente; se o que foi percebido se igualou a expectativa indica uma qualidade baixa; e se o percebido foi inferior à expectativa, não houve qualidade.

¹¹ PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.; BERRY L. L. A conceptual model of services quality and its implication for future research, *Journal of Marketing*, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

O conceito do SERVQUAL está intimamente relacionado à integralidade, principalmente no que diz respeito ao atendimento das necessidades do indivíduo. A seguir, será apresentado o conceito de LC.

4.1.7 Linha de Cuidado

Nos trabalhos de Cecílio e Merhy, realizados no Laboratório de Planejamento e Administração da Universidade Estadual de São Paulo, é possível encontrar as ideias que guiaram a formulação do conceito do que vem a ser uma LC. Priorizando as necessidades dos indivíduos e norteadas pelo direito da integralidade do atendimento, os autores entendem que as LC funcionam a partir de redes macro e microinstitucionais e são semelhantes à linha de produção encontrada nas indústrias. Segundo os autores, a LC é um

somatório de grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores” e constituem “uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Esse entendimento é sintetizado pelo MS, nas Diretrizes dos Pactos (2006), quando firma o conceito de LC como um

modelo de atenção matricial que integram ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, voltadas para especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também uma visão global das condições de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE c, 2006).

Como visto, o estabelecimento de uma LC abrange um complexo planejamento dos fluxos assistenciais de um sistema que, por vezes, já não é capaz de suprir as necessidades a contento, seja por falta de profissionais, deficiências na estrutura das unidades de atendimento, ou por dificuldades decorrentes do aporte insuficiente e regular de recursos financeiros. Dessa forma, a implantação das LC traz consigo um elevado grau de dificuldade.

A partir dos estudos de Cecílio e Merhy, vários gestores optaram pela utilização dessa forma de prestar assistência. Mas, como não poderia deixar de ser, alguns questionamentos surgiram. O mais contundente é o que cita o seguinte: seria a LC mais uma maneira de se fazer a mesma coisa só que com uma roupagem diferente? Para contrapor os questionamentos, a seguir são citados alguns exemplos de sucesso na utilização da LC.

Um exemplo de formulação de LC na esfera pública é o manual publicado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro em 2010 para as doenças cardiovasculares (DCV) e DM. No documento, o gestor apresenta desde a periodicidade das consultas, passando pelo protocolo clínico de abordagem das DCV e seu respectivo rastreamento, qual a rotina de exames complementares e descreve os princípios gerais de tratamento (inclusive com indicadores). Já na Cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, é possível identificar a criação de uma LC específica para o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A LC do IAM foi descrita no trabalho de Marcolino e colaboradores (2013) e representou uma importante ferramenta, principalmente no que diz respeito à melhoria do acesso dos pacientes ao tratamento desse agravo à saúde. Segundo os autores, a reorganização do sistema de atendimento, o treinamento das equipes do pré-hospitalar e hospitalar propriamente dita, e a integração dos serviços representam o ponto forte da LC para o IAM em Belo Horizonte. No arrasto da implantação, os autores também identificaram uma diminuição da taxa de mortalidade hospitalar nos casos de IAM. Outro exemplo foi descrito por Pinto (2009) quando apresenta a experiência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. No seu artigo de revisão, a ênfase é no aspecto político-estratégico das LC e a sua implantação nas diversas Unidades de Saúde. O autor cita que a LC é

um conceito/ferramenta analítico e de intervenção importante para a proposição de certos modos de praticar, organizar e gerir o processo de trabalho e os serviços de saúde, buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, coordenado e de acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde (PINTO, 2009).

Os exemplos acima citados evidenciam o caráter estratégico e a relevância de fundamentar a LC em rotinas e protocolos.

Para completar o entendimento do assunto, resta citar algumas condições que devem ser observadas nas unidades com a implantação da sistemática das LC. Primeiro, o funcionamento da LC exige a formação de um grupo que seja capaz de gerenciar essas ações que são inerentes ao método, ou seja, a presença de um ou mais profissionais de saúde (grupo ou conselho gestor) é de *per se* condição para o correto funcionamento da LC, garantindo assim a integralidade. Segundo, há de se criar uma estrutura (instalações físicas, pessoas e recursos tecnológicos) que seja capaz de atender às necessidades do indivíduo. Por último, é importante a implantação de uma política de reorganização dos processos já existentes. Os autores que idealizaram a LC, Cecílio e Merhy, afirmam que o início da LC é caracterizado pela organização dos diversos processos na atenção básica. A criação das Unidades de Produção (UP), segundo os autores, seria então a base da construção das LC. Essas UP atuariam de forma integrada em diversas áreas da denominada cadeia produtiva. Pode-se citar como exemplo de UP a recepção; as ações de enfermagem; as consultas médicas; a dispensação de medicamentos; e dos exames complementares (laboratoriais e de imagem). As UP seriam, nessa concepção, o espaço para a aplicação dos PT descritos anteriormente (item 4.1.4).

Na MB, a relevância da implantação no SSM das LC está descrita no Manual dos Programas de Saúde e no SSA. Esse último será descrito a seguir.

4.1.5 Saúde ao Seu Alcance

O SSA módulo HAS foi ativado em 2012 e é um dos complementos (facilidades aos usuários) que foram descritos no capítulo anterior. Desenhado para fornecer, sem qualquer ônus, medicamentos (anti-hipertensivos) para os inscritos no Programa de Controle da Hipertensão Arterial, o SSA representa um ganho na abordagem desse grupo de pacientes. Além da consulta com o médico/enfermagem, o SSA oferece também a consulta com o farmacêutico

(Programa de Atenção Farmacêutica) e com a nutrição (Nova Política Nutricional da Marinha). Desta forma, o SSA além do benefício da gratuidade do medicamento, funciona como um ponto em comum de vários outros programas preconizados pela DSM, o que de sobremaneira auxilia no enfrentamento da HAS e DM.

O SSA está ativo em 23 OM espalhadas pelo território nacional e de acordo com os seus relatórios gerenciais, houve o cadastramento desde a sua implantação, de 18.324 usuários do SSM (ano base 2014). As OM participantes contam com um sistema digital responsável pelo gerenciamento das consultas, cadastramento dos usuários, e dispensação de medicamentos.

As FIG. 1 e 2 apresentam o PT do SSA Módulo HAS.

A arquitetura do PT prioriza a consulta realizada pela Enfermeira (o) e prevê que o inscrito retorne para consultas mensais com a enfermagem e trimestrais com o médico, garantindo assim, a continuidade do tratamento. No SeDiMe o paciente também tem a oportunidade de realizar a consulta com o Farmacêutico (a) e ser incluído no Programa de Atenção Farmacêutica. O início do PT ocorre quando na Sala de Acolhimento a enfermagem avalia se o usuário preenche os critérios de inclusão. Caso afirmativo, o passo seguinte é a sua inscrição no Programa de Saúde e no conseqüentemente no SSA. Ressalto que a inscrição no Programa de Saúde é uma condicionante para o prosseguimento do PT. Os passos seguintes estão relacionados com o encaminhamento para a equipe multiprofissional e ao SeDiMe. O PT estabeleceu que o paciente, uma vez inscrito, seja avaliado mensalmente e ao final da terceira consulta, seja consultado pelo médico assistente.

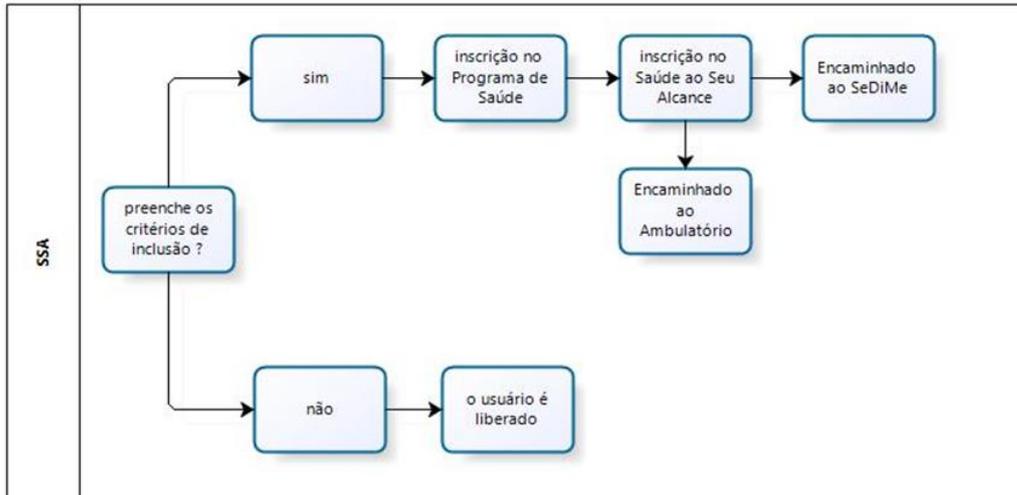


FIGURA 1 - Projeto Terapêutico para o SSA – Critérios de inclusão

Fonte: Manual do SSA. Disponível em <www.dsm.mar.mil.br> Acesso em 21 ago. 2015

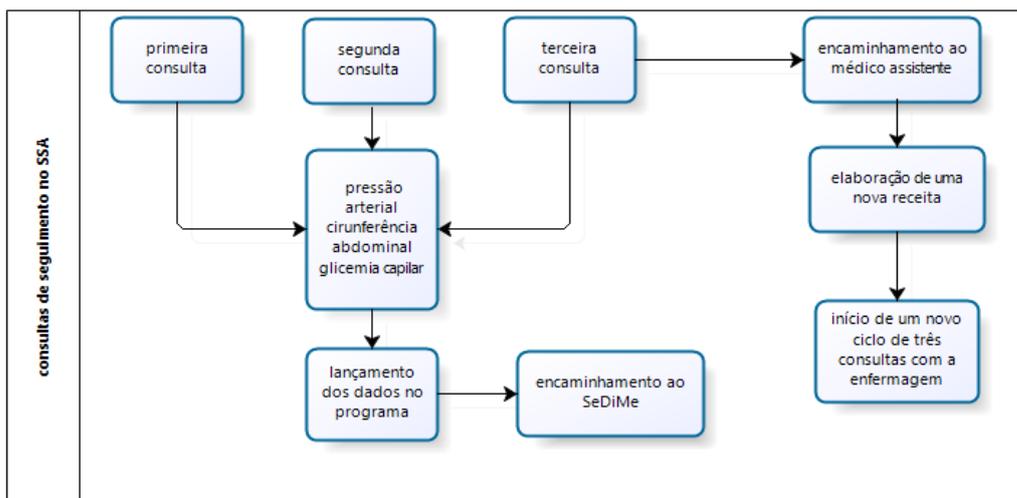


FIGURA 2 - Projeto Terapêutico para o SSA – Consultas de Acompanhamento

Fonte: Manual do SSA. Disponível em <www.dsm.mar.mil.br> Acesso em 21 ago. 2015

O SSA é salvo melhor juízo, a primeira tentativa bem-sucedida do estabelecimento de um PT voltado para a promoção da saúde e como consequência, serve como base para a construção no SSM, de uma LC para os usuários portadores de HAS.

Tomando-se como ponto de partida esse PT, o próximo capítulo apresenta uma proposta de LC para o Programa de Controle da Hipertensão da DSM.

5 PROPOSTA DE LINHA DE CUIDADO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

As LC, como mencionada nos capítulos anteriores podem ser utilizadas no SSM como uma ferramenta de melhoria dos processos. Antes de elaborar a proposta da LC, objetivo deste capítulo, é pertinente que seja realizada uma descrição da estrutura do SSM.

5.1 O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

Para melhor entendimento, o SSM foi subdividido em três subsistemas, a saber: assistencial; operativo e pericial. Abrangendo dessa maneira, um vasto conjunto de atividades assistenciais; periciais; operativas; apoio logístico; ensino; pesquisa; e fabricação de medicamentos. Cabe à DSM, situada na Cidade do Rio de Janeiro e subordinada à Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha, atuar como Órgão de Direção Especializada, de Supervisão de Subsistemas, e como Órgão de Execução Técnica. Também se ressalta a sua atuação na elaboração e planejamento de Políticas; a regulação¹² (macro e micro) do Sistema; e o financiamento das ações de saúde. No que diz respeito ao Subsistema Assistencial (prestação da assistência), destaca-se:

- a) sua estruturação em eixos, conforme apresentado anteriormente;
- b) prioridade das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- c) importância da reabilitação do indivíduo;
- d) adequação da estrutura física dos locais de atendimento para oferecer um serviço de qualidade;
- e) adequação da demanda, da estrutura e recursos materiais/humanos com base em

¹² A regulação diz respeito ao relacionamento dos diversos atores (usuário, prestador e gestor) envolvidos na prestação da assistência.

estudos epidemiológicos.

f) criação de uma Rede Integrada de Atenção à Saúde do SSM (RIASSSM). Dos pontos listados acima, alguns já foram descritos nos capítulos anteriores. O último item por estar diretamente relacionado ao escopo da monografia merece, para melhor entendimento, alguns comentários. A RIASSSM, de acordo com a PASSM

caracteriza-se pela formação de relações diretas entre os pontos de Atenção Básica (OMFM) e os pontos de Atenção Básica e Especializada à saúde – Hospitais Distritais, OCM, Policlínicas e Ambulatórios Navais, e de relações horizontais entre estes e com o HNMD, a UISM, o Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD) e os Núcleos de Reabilitação. A RIASSSM tem como objetivo a assistência contínua e integral aos usuários do SSM, por meio do cuidado multiprofissional, do compartilhamento de objetivos e do compromisso com os resultados epidemiológicos e econômicos (BRASIL b, COMANDO DA MARINHA. POLÍTICA ASSISTENCIAL PARA O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA, 2014, p: 1-10).

A FIG. 3 apresenta o fluxograma para integração dos três eixos de atenção e serve de esteio para a elaboração dos futuros PT e as LC.

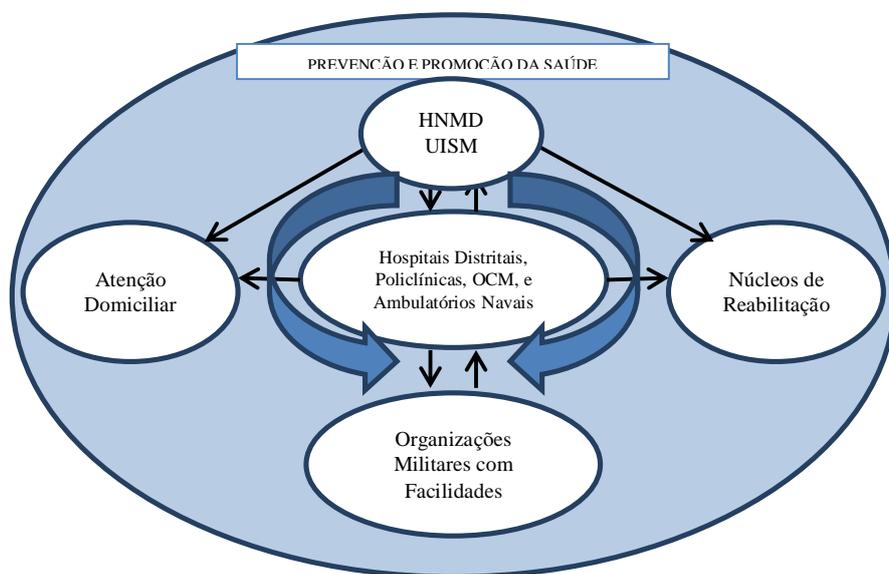


FIGURA 3 - Fluxograma para integração dos três eixos
FONTE: PASSM

Como observado na FIG. 3, o Subsistema Assistencial apresenta um complexo emaranhado de fluxos. Portanto, cabe ao gestor (DSM) a elaboração de ações regulatórias que

no final, servem para o correto ordenamento desses fluxos, garantindo assim a qualidade, integralidade, equidade, hierarquização, regionalização e o acesso aos serviços.

A qualidade, segundo Donabedian, pode ser entendida quando analisamos a estrutura, os processos e os resultados. Sob essa ótica, o SSM é composto (estrutura) por Organizações Militares Hospitalares¹³ (OMH) e Para-Hospitalares (OMPH) distribuídas em todo território nacional. As OMH são representadas pelas seguintes OM:

- a) Hospital Naval Marcílio Dias;
- b) Hospitais Distritais;
- c) Unidade Integrada de Saúde Mental;
- d) Policlínicas Navais;
- e) Ambulatórios Navais;
- f) Odontoclínica Central da Marinha.

Já no grupo das OMPH estão incluídas todas as seções, divisões das OM de terra e Operativas.

Nos últimos anos a quantidade de usuários do SSM vem se mantendo estável na casa das 330 mil vidas.

No que tocante aos processos, a DSM vem buscando com a publicação de documentos como a PASSM nortear o caminho para a melhoria da assistência.

Para exemplificar os resultados alcançados pelo SSM, dados coletados do Anuário Estatístico da Marinha – 2013, apontam que foram realizadas na rede própria da MB 1.344.348 consultas médicas; 630.620 consultas odontológicas; 860.843 procedimentos odontológicos;

¹³ ORGANIZAÇÃO MILITAR HOSPITALAR (OMH): é a Organização Militar de Saúde responsável pela Execução da AMH prestada em determinada área, aparelhada de pessoal e material com a finalidade de receber pacientes para diagnóstico e/ou tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial. As OMH estão classificadas em unidades de saúde com ou sem área de abrangência administrativa, para prestação da AMH (DGPM 401).

4.320 internações hospitalares; 15.004 cirurgias; 978 partos; 4.261.929 exames complementares; 721.025 terapias para um total aproximado de 322.171 usuários.

A seguir o autor apresenta uma proposta de LC para o Programa de Controle da Hipertensão Arterial.

5.2 LINHA DE CUIDADO PARA O PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

A estratégia para a construção de uma LC para os Programas de Saúde, mais especificamente para a HAS, passa necessariamente pelo primeiro atendimento que pode ocorrer em qualquer ponto na RIASSSM e da vontade do gestor de iniciar um PT.

Os profissionais que trabalham na área da saúde devem ser preparados (treinamento) para o correto diagnóstico nosológico e determinação das necessidades do usuário (caminho a percorrer na RIASSSM). Torna-se evidente, que a existência de um aparato tecnológico de última geração (tecnologia dura) não garante que haja no atendimento ao usuário, o seu acolhimento pelo profissional (tecnologia leve). Portanto é de fundamental importância que o profissional conheça, dentre outros documentos normativos, o contido na PASSM e no Manual dos Programas de Saúde.

O local mais apropriado para esse primeiro atendimento não é na Sala de Emergência ou no Serviço de Pronto Atendimento das Policlínicas, locais onde provavelmente já estaremos diante das complicações inerentes a HAS, as chamadas lesões de órgão alvo (cerebrais, cardiológicas e renais). Nas Policlínicas e Hospitais Navais existem as salas de acolhimento, que de acordo com a Política de Humanização do SSM existem para a realização de uma primeira abordagem das necessidades dos usuários. Entende-se que a LC e o seu PT têm o seu início na Sala de Acolhimento, no atendimento realizado pela equipe de enfermagem.

Quanto à vontade política de se iniciar um PT, na área Rio, o Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), vem se mostrando como um importante polo de incentivo e disseminação dos conhecimentos no campo da prevenção de doenças e promoção da saúde. Uma busca no seu sítio eletrônico (*INTERNET* e *INTRANET*) é capaz de revelar uma série de projetos nesse viés.

Como explanado nos parágrafos acima, cumpridos os requisitos (vontade política e treinamento de profissionais) o gestor local estará pronto para o início da LC. Tomemos então, o exemplo de uma Policlínica Naval. A estrutura física necessária, como citado anteriormente, compõe-se do estabelecimento de uma sala para o acolhimento, guarnecida por Técnicos de Enfermagem e um Enfermeiro. Entende-se que guiados por protocolos clínicos, com recursos mínimos de informática, detendo o conhecimento de como funciona a RIASSSM na sua área e com um suporte do Corpo Clínico da Policlínica, pode-se iniciar a construção da LC. No caso específico da HAS, a existência do SSA auxilia de sobremaneira o início dessa construção.

O planejamento deve garantir que esse caminho seja trilhado sem interrupções (obstáculos). Nesse momento, é importante reiterar que o conhecimento das características e capacidades da RIASSSM constitui um fator crítico de sucesso para a execução da LC.

A FIG. 4 apresenta o esquema do “caminho a ser percorrido” dentro da LC para a HAS.

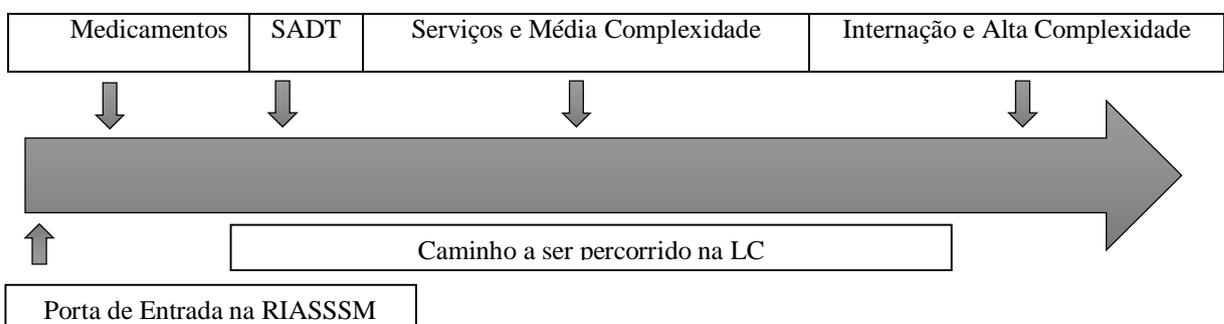


FIGURA 4
Percurso da LC
Fonte: o autor

Os componentes da LC são: garantia do acesso a RIASSSM; realização de consultas; fornecimento de medicamentos; disponibilidade de exames e terapias (SADT); possibilidade de utilização de tecnologias leve-duras e duras; e a disponibilidade de internação. Em suma, o início do percurso da LC em uma OMPH ou OMH, deve ser continuado nas Policlínicas Navais (prevenção/promoção e atenção básica) com a garantia do fornecimento de medicamentos (SSA e SeDiMe), até o seu atendimento nos locais de alta complexidade como o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

A seguir serão descritas as atribuições de cada um dos atores da LC para a HAS:

a) OMPH.

Representa idealmente o início de todo o caminho da LC. Nesses locais as medidas de vigilância (Censo da Esquadra e DHN, por exemplo) e de prevenção/promoção são preponderantes. É possível iniciar as medidas tanto medicamentosas, quanto não medicamentosas (modificação do estilo de vida). Os profissionais podem, sem perder o vínculo com o paciente, encaminhar os usuários para exames complementares nas outras OM da RIASSSM. O encaminhamento deve ser realizado utilizando formulário próprio que contenha as informações necessárias para o próximo profissional realizar o atendimento. A falta desse adequado encaminhamento pode contribuir para o insucesso da LC.

b) Organizações Militares Hospitalares

Nas OMH o usuário, devidamente encaminhado, terá acesso à tecnologia leve-dura e dura para complementar o atendimento inicial. O papel dessas OM, portanto, será de intermediário. O conjunto dessas medidas (encaminhamento) é denominado de referência e contrarreferência sendo também descrito na PASSM. Nesse ponto, os mecanismos de regulação do sistema também são observados e também incentivados pela DSM. Caso esses mecanismos não sejam corretamente implantados, corre-se o risco de que o usuário não alcance a tão esperada integralidade.

Nesse momento, o usuário também terá contato também com os outros componentes da equipe multidisciplinar (nutrição, psicologia, fisioterapia, assistente social). Além disso, deverá ser garantido o acesso dos usuários ao SSA módulo Hipertensão (item 4.1.6) e ao SeDiMe.

A sua inscrição em outros Programas de Saúde amplia a sua chance de controlar as co-morbidades, como por exemplo a síndrome metabólica¹⁴.

Dentre os diversos Programas disponíveis, o de Atenção Farmacêutica (AF) merece destaque. Esse conceito, de acordo o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica compreende

atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE d, 2004).

Na MB a AF é definida pelo CMAM como

um modelo centrado no paciente que surgiu com o objetivo de melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos, alcançando resultados concretos. Através da AF, o farmacêutico se responsabiliza pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente, garantindo que o paciente possa cumprir os esquemas terapêuticos e seguir o plano de assistência, de forma a alcançar resultados positivos.¹⁵

A incorporação do farmacêutico na LC, agrega valor ao processo representando um salto de qualidade na assistência à Família Naval. Conforme consta no material de apoio fornecido pelo CMAM, isso se deve ao fato de que, dentre outros fatores, “através consultas agendadas são esclarecidas dúvidas quanto ao uso de medicamentos e são disponibilizados mapas para o seu melhor controle por horários”.

A criação de grupos de apoio, com a participação da equipe multidisciplinar, deve ser uma das ações que complementam o atendimento nas OMH.

¹⁴ A síndrome metabólica, de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, representa um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/a-sindrome-metabolica/>>. Acesso em: 21 ago. 2015

¹⁵ Disponível em: <www.cmam.mb>. Acesso em: 31 ago. 2015

5.2.1 Ferramentas da Qualidade

A LC por se tratar eminentemente de um processo¹⁶, deve estar norteada por padrões de qualidade, possuindo assim indicadores de processos, desempenho e impacto. Para o acompanhamento da implantação da LC e alinhado com o preconizado pelo Programa Netuno¹⁷, o gestor do SSM pode utilizar, dentre outras ferramentas, o Ciclo do PDCA e a Matriz SWOT.

5.2.1.1 Ciclo do PDCA

Um conceito que vem sendo utilizado na condução de processos é o da “mentalidade enxuta”¹⁸, ou seja, na construção da LC deverá ser definido quais “as atividades que não agregam valor, ou desperdícios, podem ser categorizados e eliminadas”.

Outro conceito, diz respeito ao *Kaizen*¹⁹ e tem como uma das suas ferramentas o Ciclo do PDCA, que foi inicialmente descrito por Shewhart em 1930 e é também conhecido, no meio da administração, como Ciclo de Deming. Esse Ciclo que é descrito na FIG. 5 apresenta quatro etapas e deve “rodar” de forma contínua objetivando o controle e a melhoria contínua dos processos. A sua aplicação é vasta e como medida de acompanhamento estratégico pode ser aplicada a LC em questão.

¹⁶ Um processo é, portanto, uma específica ordenação de atividades de trabalho através do tempo e do espaço, com um início, um fim e um conjunto claramente definido de entradas e saídas: uma estrutura para a ação. Fonte: DAVENPORT (1993 / 2000).

¹⁷ O Programa Netuno é um processo administrativo destinado a aprimorar a gestão das Organizações Militares (OM) e, conseqüentemente, proporcionar à Marinha do Brasil as melhores condições para estar pronta e adequada à estatura político-estratégica exigida pelo País. O Programa Netuno foi elaborado com base no programa [GesPública](#), estabelecido no âmbito do Governo Federal pelo Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005.

¹⁸ Diz respeito ao conceito disseminado no Livro “A Máquina que Mudou o Mundo” do autor Jones Womack (1990). A publicação descreve o processo implantado na Toyota e que como consequência proporcionou uma alavancagem no seu desempenho quando comparado com as demais empresas automotivas ocidentais.

¹⁹ Termo derivado da língua japonesa que está ligado à melhoria contínua dos processos.

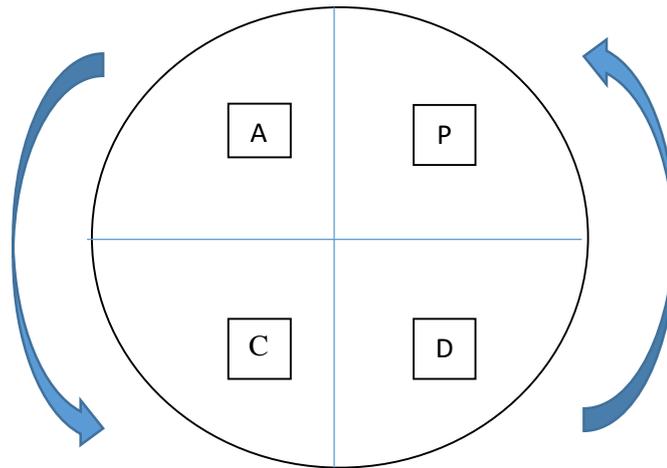


FIGURA 5: Ciclo do PDCA
 FONTE: O autor

O Planejamento (P) está intimamente relacionado a identificação do problema, ou seja, a implantação da LC, o estabelecimento das metas a serem atingidas, a confecção dos indicadores de acompanhamento, a capacitação do pessoal envolvido, os locais (OMH) que o usuário irá percorrer, a elaboração do PT e o cumprimento dos pressupostos teóricos contidos no Manual dos Programas de Saúde, na DGPM 401 e na PASSM. As metas a serem atingidas correspondem às descritas nos diversos consensos e documentos normativos. Basicamente estão relacionadas com aspectos nutricionais; estímulo às atividades físicas; interrupção do tabagismo e da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas. A seguir serão descritas as metas que deverão ser buscadas pela equipe multidisciplinar:

a) Nutricionais

No Caderno de Atenção Básica número 37 existe uma diretriz específica para os pacientes portadores de HAS limítrofe e bem como, para aqueles com o diagnóstico já firmado. Na consulta inicial a equipe deverá ter atenção especial quanto à presença de obesidade, portanto a mensuração do Índice de Massa Corporal²⁰ (IMC) e da circunferência abdominal são dados que não podem ser deixados de ser registrados. A publicação citada anteriormente cita

²⁰ O IMC é calculado dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado.

que “a redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS e mesmo pequenas reduções têm diminuído significativamente a pressão”. A redução do peso também é significativamente associada à melhora do perfil lipídico e da dosagem da glicemia e, caso esses parâmetros bioquímicos não sejam controlados, contribuirão sobremaneira para a elevação do risco cardiovascular dos hipertensos. Outro aspecto nutricional é a redução da ingesta de sal. O preparo dos alimentos deve utilizar a menor quantidade possível de sal e a sua ingestão diária não pode ultrapassar a 4g/dia.

b) Atividade Física

Os benefícios da atividade física regular (3 a 5 vezes por semana), também foram descritos na publicação em epígrafe e devem ser estimulados visando o bem-estar geral dos pacientes. Para o hipertenso tanto os exercícios aeróbicos (caminhadas, ciclismo), quanto os anaeróbicos (musculação) devem ser recomendados desde que sejam obedecidos os critérios da capacidade cardiopulmonar e executados sob orientação de um profissional de Educação Física.

c) Tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas

É consenso e também consta no Caderno acima referenciado, que tanto a interrupção do tabagismo, quanto a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas trazem benefícios não só ao grupo dos pacientes hipertensos, quanto à população em geral. Cada um isoladamente e, principalmente, quando associados, contribuem para a elevação do risco da DCV.

A elaboração de indicadores para a LC é necessária para que o gestor acompanhe os resultados observados. Para a LC em tela, são propostos os seguintes indicadores:

a) Usuários cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial

Usuários cadastrados nos Programas de Saúde divididos pelos inscritos no Programa de Controle da Hipertensão Arterial, vezes 100.

b) Usuários em acompanhamento na LC

Usuários cadastrados no Programa de Controle da Hipertensão Arterial, dividido

pelos inscritos na LC, vezes 100.

c) Número de usuários faltosos nas consultas de seguimento da LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de faltas mensais, vezes 100.

d) Número de usuários que abandonaram as consultas de seguimento da LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de abandonos mensais, vezes 100.

e) Número de usuários que apresentaram eventos adversos nas consultas de seguimento da LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de eventos adversos mensais, vezes 100.

f) Número de usuários que apresentaram interrupção no percurso da LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de interrupções no percurso da LC mensais, vezes 100.

g) Número de usuários portadores de lesão de órgão alvo por ocasião da inscrição na LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de portadores de lesão de órgão alvo por ocasião da inscrição, vezes 100.

h) Número de usuários que apresentaram lesão de órgão alvo durante o acompanhamento na LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de portadores de lesão de órgão alvo durante o acompanhamento da LC, vezes 100.

i) Taxa de internação por eventos cardiovasculares dos usuários inscritos na LC

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de internações mensais dos usuários na LC, vezes 100.

j) Taxa de mortalidade por eventos cardiovasculares dos usuários inscritos na LC.

Usuários inscritos na LC, dividido pelo número de usuários que evoluíram no mês

para o êxito letal, vezes 100.

A capacitação do pessoal envolvido, fator crítico de sucesso nessa fase de planejamento, deve ser realizada prioritariamente nas Policlínicas Navais, Ambulatórios Navais e Hospitais Distritais, nos quais o usuário percorrerá efetivamente a maior parte do seu caminho na LC.

Coerente com a realização da capacitação do pessoal e com o contido na PASSM, o autor entende que os locais mais apropriados para a aplicação das LC sejam as Policlínicas Navais, Ambulatórios Navais e os Hospitais Distritais. Essa designação não implica na importância das OMPH e dos locais de alta complexidade, como o HNMD. Cabe a esse grupo tarefas específicas de triagem e realização de procedimentos de alta complexidade, respectivamente.

Quanto à elaboração do PT, assunto já tratado no item 4.1.4 desta monografia, e o fiel cumprimento ao preconizado nos documentos normativos, esses podem ser agrupados por estarem intimamente relacionados. Caberá as Policlínicas Navais e Hospitais Distritais a elaboração do PT específico para a HAS.

A Execução (D) implica no fiel cumprimento por parte dos atores envolvidos (RIASSSM), do PT e conseqüentemente, da LC. Considerando como referência o ambiente de uma Policlínica Naval, a LC poderia ser desenhada da seguinte maneira:

a) Início da LC

O paciente será inicialmente atendido na sala de acolhimento. Com o apoio de um SD será acessado o seu cadastro no SSM e a seguir identificada a sua necessidade. O profissional que estiver na Sala de Acolhimento deve primordialmente “saber ouvir”, sob pena de comprometer o início da LC. A verificação dos sinais vitais, do peso, da altura e da mensuração da cintura abdominal são mandatórias e devem ser devidamente registradas no SD.

b) Seguimento

Nessa etapa o profissional deverá ter a capacidade de ser resolutivo e preciso no encaminhamento do caso. O correto conhecimento da RIASSSM, como dito anteriormente, garante um percurso adequado na LC.

c) Acesso aos SADT

Caso haja necessidade, os setores que compõem o SADT devem estar preparados para o recebimento das demandas do paciente. O agendamento prévio facilita, sobremaneira, o atendimento dessa demanda.

d) Acesso aos diversos profissionais

A sala de Acolhimento deve possuir procedimentos operacionais padrão para o correto encaminhamento do paciente aos diversos profissionais da equipe.

e) Identificação de casos com necessidades especiais

Durante a avaliação inicial, o profissional da Sala de Acolhimento deverá estar atento aos sinais de gravidade relacionados às lesões de órgão alvo. Caso seja identificado elevação dos níveis tensionais, dor de cabeça, náuseas e alteração no sensorio, o paciente deverá ser encaminhado com brevidade a um Serviço de Pronto Atendimento.

f) Acesso ao SeDiMe

As facilidades do SeDiMe e do SSA deverão ser sempre divulgadas aos usuários, pela equipe do acolhimento. No setor, além da disponibilidade dos medicamentos, o paciente será encaminhado para a consulta com o Farmacêutico (Programa de Atenção Farmacêutica).

g) Acesso a outras unidades da RIASSSM

O correto preenchimento das guias de encaminhamento para outras unidades da RIASSSM ou para os Órgãos de Atendimento Extra-Marinha²¹ deve ter especial atenção. O encaminhamento inadequado gera transtornos para o paciente e acarreta a perda da confiança

²¹ ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE EXTRA-MARINHA (OSE): toda e qualquer Organização de Saúde não pertencente ao Sistema de Saúde da Marinha (BRASIL, DGPM 401 (Rev3 Mod1) – Normas para Assistência Médico-Hospitalar, 2013).

no funcionamento da LC.

A utilização do PMAR é a base do Verificar (C). Nessa fase é verificado se o que foi planejado realmente está sendo executado (efetividade²², eficácia²³ e eficiência²⁴). O Manual dos Programas de Saúde apresenta, no seu Capítulo 1, uma estrutura organizacional de acompanhamento que pode, por similaridade, ser utilizada na aplicação do PDCA na LC de HA. A estrutura em questão é baseada em uma OM Normatizadora (DSM); uma OM Coordenadora (CMAM) e OM Executoras (Policlínicas Navais, Ambulatórios Navais e Hospitais Distritais).

Por último o Ciclo prevê a Ação (A) que está relacionada a análise dos indicadores e resultados obtidos pela utilização da LC e do seu PT.

No caso da LC em tela, o Ciclo do PDCA será resumido na TAB. 2, destacando o (s) ator (es) envolvido (s) na ação.

	Descrição	Ator envolvido
Planejamento (<i>Plan</i>)	A implantação da LC, o estabelecimento das metas a serem atingidas, a confecção dos indicadores de acompanhamento, a capacitação do pessoal envolvido, os locais (OMH) onde o usuário irá percorrer, a elaboração do PT e o cumprimento dos pressupostos teóricos	DSM com assessoria do CMAM, CPMM e Hospitais Distritais.
Executar (<i>Do</i>)	Cumprimento do PT e da LC	OM que possuem o Programa de Controle de Hipertensão Arterial.
Verificar (<i>Check</i>)	Verificar se o que foi planejado realmente está sendo executado	DSM com assessoria do CMAM
Ação (<i>Action</i>)	Acompanhar através dos relatórios gerenciais a aplicação da metodologia	DSM com assessoria do CMAM

Tabela 2: Ciclo do PDCA

Fonte: o Autor

5.2.1.2 Matriz SWOT

²² A efetividade demonstra e afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população.

²³ A eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados.

²⁴ A eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos no processo.

A estratégia (como vou chegar aonde desejo ir) da utilização da LC passa necessariamente por uma análise do ambiente e do sistema em que está inserido o processo. Uma das maneiras de se avaliar tal situação é a matriz de SWOT²⁵. O método consiste na comparação do ambiente interno, com as suas forças e fraquezas; e do ambiente externo, com as ameaças e oportunidades. As conclusões após a utilização da ferramenta indicam a melhor estratégia para maximizar as oportunidades (utilizando os pontos fortes) e minimizar as ameaças e/ou pontos fracos encontrados.

Seguindo o método, foram identificados os componentes da matriz SWOT e em seguida, na análise, foram hierarquizados utilizando a ferramenta GUT (gravidade²⁶, urgência²⁷ e tendência²⁸) para cada um dos pontos observados. A seguir são descritos os componentes da matriz e a sua respectiva análise GUT:

a) Pontos fortes

A estrutura (capacidade instalada) das OMH do SSM; a qualidade dos profissionais do Corpo de Saúde da Marinha (CSM); a preocupação por parte da DSM com o enfrentamento das DCNT; a possibilidade de fidelização dos usuários do SSM; a normatização dos processos da prestação da AMH (DGPM 401, PASSM e Manual dos Programas de Saúde, por exemplo); o SSA funcionando em todos os Distritos Navais (DN); a existência do Sistema de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe); e os sistemas digitais disponíveis.

²⁵ SWOT é uma expressão da língua inglesa e diz respeito a forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

²⁶ Qual a gravidade do desvio? Que efeitos surgirão no longo prazo, caso o problema não seja corrigido? Qual o impacto do problema sobre pessoas e resultados?

²⁷ Qual a urgência de se eliminar o problema? Qual o tempo disponível para a sua resolução?

²⁸ Qual a tendência do desvio e seu potencial de crescimento? Será que o problema se tornará progressivamente maior? Será que sua tendência é diminuir ou desaparecer por si só?

	Gravidade	Urgência	Tendência	Pontos
Capacidade instalada	3	1	3	9
Qualidade dos profissionais CSM	3	3	3	27
Enfrentamento das DCNT	3	2	3	18
Fidelização dos usuários	3	3	3	27
Normatização dos processos	3	3	3	27
SSA	3	3	3	27
SeDiMe	3	1	3	9
Sistemas digitais	3	3	2	18
				162

TABELA 3: Matriz SWOT - Pontos Fortes
Fonte: o autor

b) Pontos fracos

A carência de pessoal (evasão); a dificuldade de acesso (marcação das consultas) dos usuários aos serviços; o elevado absenteísmo²⁹ e aprazamento das consultas³⁰; e a falta de informações sobre as DCNT em geral.

	Gravidade	Urgência	Tendência	Pontos
Evasão	3	3	3	27
Marcação das consultas	3	3	3	27
Absenteísmo	3	3	3	27
Aprazamento	3	3	3	27
Desconhecimento	3	3	3	27
				135

TABELA 4: Matriz SWOT - Pontos Fracos
Fonte: o autor

²⁹ Percentual de usuários que não comparecem as consultas previamente agendadas

³⁰ Tempo entre a marcação da consulta e a sua realização

c) Ameaças

A situação econômica do País; as peculiaridades da vida moderna; e dificuldade no acesso (transporte).

	Gravidade	Urgência	Tendência	Pontos
Situação econômica	3	2	3	18
Vida moderna	3	2	3	18
Dificuldade no acesso (transporte).	3	3	3	27
				63

TABELA 5: Matriz SWOT - Ameaças

Fonte: o autor

d) Oportunidades

A mobilização da sociedade para o enfrentamento das DCNT; e a disponibilidades de vários canais de comunicação com o usuário.

	Gravidade	Urgência	Tendência	Pontos
Mobilização da sociedade para o enfrentamento das DCNT	3	3	3	27
Disponibilidades de vários canais de comunicação	3	3	3	27
				54

TABELA 6: Matriz SWOT - Oportunidades

Fonte: o autor

A análise da composição dos dados coletados, demonstram que a estratégia das LC está inserida em um cenário em que os pontos fortes associados às oportunidades serão capazes de se contrapor às ameaças e aos pontos fracos. Portanto, a utilização da LC encontra um cenário favorável à sua aplicação na RIASSSM.

6 CONCLUSÃO

As DCNT, como demonstrado no presente estudo representam um desafio que não pode deixar de ser enfrentado pelos gestores. Agravos como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias e o diabetes ceifam vidas (mortalidade), comprometem a capacidade laborativa, aumentam a morbimortalidade e contribuem com a elevação dos custos da assistência. Esses motivos levaram tanto a saúde pública, quanto a privada a investirem pesado em formas de minimizar o impacto desse grupo de doenças.

O entendimento de que a adequada percepção das necessidades do indivíduo e da coletividade faz parte da base do planejamento em saúde, também permearam o texto da presente monografia. Esse entendimento é baseado no princípio legal da integralidade (Lei Orgânica da Saúde). Qualquer que seja o modelo assistencial adotado pelo gestor, não poderá deixar de contemplar a integralidade no bojo da sua arquitetura, sob pena de cumprir o seu objetivo e da responsabilidade profissional envolvida na assistência.

A MB, como não poderia de ser, também vem envidando esforços para mitigar os efeitos tão deletérios das DCNT. A publicação da revisão da PASSM e o Manual dos Programas de Saúde, elaborados pela DSM, são exemplos das ações de vigilância, prevenção de doenças e promoção da saúde no SSM. Destaca-se também, o censo de HAS e DM realizado no âmbito da Esquadra e da DHN em 2012, assim como as campanhas conduzidas pelo CMAM (“Eu sou 120x80”, por exemplo). O censo serviu para identificar a necessidade da adoção de medidas mais “agressivas” com o intuito de prevenir as temidas lesões de órgãos alvo (coração, cérebro e rim) nos usuários do SSM, principalmente diante de um significativo percentual de militares da ativa com diagnóstico de HAS.

Ao descrever as capacidades do SSM na prestação da AMH, o autor demonstrou que o referido Sistema é possuidor das condições (estrutura e processos) de enfrentar o desafio

do aumento das DCNT. A PASSM preconiza que em todas as OM onde há um profissional do CSM, o primeiro eixo da atenção deve estar ativo, confirmando assim a vocação do SSM nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Dentre as ferramentas de gestão existentes, o autor propôs a adoção da LC norteadas pelos PT como medida para otimizar os Programas de Saúde da DSM.

A LC que começou a ser “desenhada” por Cecílio e Mehry em 2003, no seu trabalho pioneiro, busca garantir que o usuário tenha o seu tratamento garantido e que sejam satisfeitas as suas necessidades (na acepção ampla da palavra). Dessa forma atingindo o descrito por Paim um “serviço para cada um de acordo com a necessidade e serviço para cada um de acordo com a capacidade”.

O programa escolhido como índice, foi o Programa de Controle da Hipertensão Arterial. Essa opção está relacionada ao fato da HAS ser uma entidade nosológica, sabidamente prevalente e com elevada morbimortalidade. A adoção de tal medida já foi considerada efetiva em alguns Centros do País (Belo Horizonte, por exemplo) o que sustenta o argumento da sua utilização no SSM.

Na RIASSSM, a LC tem o seu início com o acolhimento do usuário em uma OMPH e/ou nas OMH (primeiro eixo) e dá prosseguimento ao seu percurso nas Policlínicas Navais (segundo eixo) com suporte ao diagnóstico por meio de laboratório de análises clínicas e métodos de imagem (tecnologia leve-dura) e algumas facilidades como o SSA e o SeDiMe, sendo completada no HNMD (terceiro eixo) com a disponibilidade de procedimentos e exames de alta complexidade (tecnologia duras). Para garantir que a assistência seja eficaz, eficiente e efetiva, e seja oferecido um serviço de qualidade, o autor, como auxílio à construção da LC, apresentou algumas das ferramentas do Programa Netuno. O PDCA específico para a LC da HAS descreveu como será o acompanhamento das ações de implantação da LC com os seus respectivos atores, e na matriz SWOT, que embora possua um viés subjetivo na sua análise,

demonstrou-se que o SSM possui os requisitos necessários para a confecção da LC. Essa constatação é verificada quando foi abordado que os pontos fortes associados às oportunidades serão capazes de se contrapor as ameaças e aos eventuais pontos fracos.

Dessa forma, no decorrer da monografia o autor procurou, tendo como pano de fundo a abordagem das DCNT, apresentar a relevância desse grupo de agravos e complementou, descrevendo alguns dos conceitos que fundamentam a gestão de pacientes crônicos, tanto na esfera pública, quanto na privada.

Por fim, ao propor a necessidade premente do estabelecimento de medidas para o enfrentamento das DCNT, especificamente a HAS, no âmbito do SSM, conduziu o leitor à dedução de que a criação de uma LC e seu respectivo PT é uma ferramenta útil de gestão da AMH e que as diversas OMPH e OMH devem envidar esforços para garantir a sua efetiva implantação no menor tempo possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.

_____, DIRETORIA GERAL DO PESSOAL DA MARINHA. DGPM 401 (Rev3 Mod1) – Normas para Assistência Médico- Hospitalar, 2013, p. 1-3

_____ b, COMANDO DA MARINHA. POLÍTICA ASSISTENCIAL PARA O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA, 2014, p: 1-2

_____, DIRETORIA DE SAÚDE DA MARINHA. Manual do SSA. Disponível em <www.dsm.mar.mil.br> Acesso em 21 ago. 2015

_____ c. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado , 1988.

_____, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de doenças crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistematica_cab37.pdf> Acesso em: 21 ago. 2015

_____, _____ b, Portaria n. 2.488 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, de 21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 21 ago 2015

_____, _____ c. Portaria 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 21 ago. 2015

_____, _____ d. Resolução 338/2004 do Conselho Nacional da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 31 ago. 2015

CARTA DE OTTAWA - PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, novembro de 1986. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em: 21 ago. 2015

Cecílio, L. C. O.; Merhy, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 159/1993. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html>. Acesso em: 21 ago. 2015

DONABEDIAN, A. THE MILBANK QUARTERLY. Evaluating the Quality of Medical Care. Dec; 83(4): 691–729. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em: 21 ago. 2015

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças Não Transmissíveis. Disponível em: <[Http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&Itemid=539](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:-conceito&Itemid=539)> Acesso em: 21ago. 2015

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2015

PINTO, H. A. REVISTA BAIANA. Linhas de Cuidado na Bahia: Um Conceito em Viva Produção, v 33 n 1, p 22-34, jan-mar 2009

SANTOS, Á. S; CUBAS, M. R. Saúde Coletiva: Linhas de Cuidado e Consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304 p.

SCHULZE, J. C. e CHIARELLI, G. REVISTA CEJ, Brasília. O Princípio da Integralidade na Saúde e sua Compatibilidade com a Escassez de Recursos. Ano XVIII, n. 64, p. 20-25, set./dez. 2014

SIMÃO, A.F *et al*, ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. São Paulo: vol.101 no.6 supl.2 Dec. 2013

WANG, Daniel. Pesquisa em foco: Judicialização: um risco para a saúde pública no Brasil. Disponível em: <<http://direitosp.fgv.br/en/node/71962>> Acesso em: 21 ago. 2015