

Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde
para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países
da América Latina - Brasil, Colômbia e Uruguai



MULTIMORBIDADE: UM PANORAMA DO BRASIL



**Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde
para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países
da América Latina - Brasil, Colômbia e Uruguai**

MULTIMORBIDADE: UM PANORAMA DO BRASIL



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF

Autores

Laura Schiesari
Fabiola Bof de Andrade
Matheus Souza Ferreira
Yeda Aparecida Duarte
Augusto Afonso Guerra Junior
Leonardo Vinicius Dias da Silva
Roberto Iunes

Coordenação do estudo

Laura Schiesari

Gerenciamento geral de projeto

Roberto Iunes
Prática Global de Saúde, Nutrição e População - Banco Mundial

Agradecimentos

A equipe de trabalho agradece ao CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em especial Fernando Cupertino e Maria José Oliveira Evangelista; à equipe do CONASS / PlanificaSUS e das Secretarias Municipais de Saúde da Região de Caxias do Maranhão; ao IBROSS – Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde, em especial Renilson Rehem e Flávio Deulefeu; à Prevent Senior, em especial à Presidência e seus gestores principais, na pessoa de Sérgio Antonio Dias Da Silveira; ao FGVSaúde da Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP) da Fundação Getulio Vargas, nas pessoas de Ana Maria Malik e Adriano Massuda.

Preparação do documento resumo: Manuela Martins

Edição: Janet Bonilla

Realização gráfica: María Cristina Rueda Traslaviña

Fotografái: Flickr Banco Mundial y Freepik

Brasil 2023



Índice

Mensagens-chave.....	4
Introdução	7
Objetivos	9
Metodología.....	11
Resultados.....	13
Estimativa dos gastos em saúde da população multimórbida usuária SUS.	19
Limitações.....	25
Experiências brasileiras contemporâneas em gestão de saúde.....	27
Planificação da atenção à saúde	27
Gestão do cuidado do paciente idoso	29
Perspectivas futuras	33

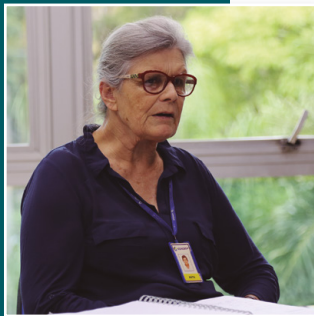




Mensagens-chave



- O acelerado envelhecimento da população brasileira, acompanhado do aumento gradativo da concomitância de múltiplas doenças crônicas num mesmo indivíduo, traz importantes desafios ao SUS.
- Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontam que 29,5% da população brasileira é multimórbida (tem duas ou mais doenças crônicas) e 45,2% refere não possuir nenhuma doença.
- As doenças crônicas mais frequentes são hipertensão (23,9%), problema crônico na coluna (21,6%), colesterol elevado (14,6%) e depressão (10,2%).
- Indivíduos sem instrução são os mais frequentemente afetados pela multimorbidade, sendo a prevalência entre os sem instrução de 44,8% e de 25,7% entre aqueles com ensino superior completo.
- A prevalência da multimorbidade é superior nas mulheres (35,4%) e aumenta com a idade para ambos os sexos na faixa etária acima de 60 anos (acima de 50%).



- Indivíduos com multimorbidade apresentaram maior score geral na avaliação da Atenção Primária à Saúde (6.1 X 5.7), mas abaixo do ponto de corte (6.6). Entre os indivíduos com multimorbidade, 5 componentes dos atributos da APS apresentaram escores > 6.6: afiliação, primeiro contato (utilização), longitudinalidade, coordenação (cuidado) e integralidade (serviços prestados). Com exceção dos escores para primeiro contato (acesso) e coordenação (sistema de informação), todos os demais foram significativamente maiores para os indivíduos com multimorbidade.
- Segundo base de dados da Universidade Federal de Minas Gerais resultante de diversos sistemas de informação existentes, a maior parte dos gastos em saúde pelo SUS no período entre 2000-2015 foi destinado a pessoas com multimorbidade (52,88% dos gastos). Quanto maior o número de doenças, maior o gasto, sendo o gasto médio per capita total de 1.742,99 (BRL - ajustado IPCA) para pessoas sem doenças crônicas e de 97.831,03 (BRL - ajustado IPCA) para pessoas com 5 ou mais doenças crônicas.

Mais informação



Imagen de rawpixel.com en Freepik



Introdução

Esse estudo visa identificar oportunidades para melhorar a gestão do cuidado de pacientes com múltiplas doenças crônicas não transmissíveis no Brasil a partir da caracterização da multimorbidade no país e identificação de casos de sucesso. Multimorbidade é definida pela OMS como duas ou mais condições crônicas de saúde no mesmo indivíduo.





Imagen de Banco Mundial | Flickr



Objetivos

- a. Caracterizar a multimorbidade da população brasileira em 2019
 - i. Estimar a prevalência de multimorbidade na população brasileira no ano de 2019
 - ii. Avaliar a prevalência das principais combinações de doenças entre indivíduos com multimorbidade
 - iii. Avaliar a distribuição da multimorbidade de acordo com características socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e características dos serviços de saúde
 - iv. Estimar gastos em saúde da população com multimorbidade usuária SUS

- b. Identificar e descrever casos de sucesso na atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas com múltiplas co-morbidades





Metodologia

Realizado estudo transversal com dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 e base de dados de grupo da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) resultante de bases públicas reunindo dados do período de 2000 a 2015 (DATASUS). A PNS foi autorizada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o Parecer nº 3.529.376 e o presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Getulio Vargas, sob o Parecer 160/2022 em 12 de setembro de 2022.

A amostra da PNS estudada foi de 88.500 indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos que possuíam informações completas para todas as variáveis analisadas. Foram consideradas 14 doenças crônicas, a saber: hipertensão arterial, diabetes, colesterol alto, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma, artrite ou reumatismo, problema crônico na coluna, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), câncer, insuficiência renal crônica, depressão, outra doença mental. Cada uma das doenças, exceto problema crônico na coluna, depressão e outras doenças mentais, foi avaliada por meio da seguinte pergunta: “Algum médico já lhe deu o diagnóstico de [nome da doença] ?” O problema crônico da coluna foi avaliado seguindo a seguinte pergunta: “O(a) Sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?”. A pergunta relativa ao autorrelato de depressão foi: “Algum médico ou profissional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de depressão?”.



As outras doenças mentais foram avaliadas pela pergunta: “Algum médico ou profissional de saúde (como psiquiatra ou psicólogo) já lhe deu o diagnóstico de outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) etc.?” As covariáveis avaliadas foram relativas às condições sociodemográficas, condições e autopercepção de saúde, estilo de vida e uso de serviços de saúde.

A base sobre utilização dos serviços do SUS da UFMG contém dados de cerca de 140 milhões de indivíduos e permitiu estimar gastos em saúde.



Imagem de Freepik



Resultados

A população brasileira no ano de 2019 apresenta 34% das pessoas avaliando sua saúde como sendo regular ou ruim/muito ruim, 20% da população acima de 60 anos com dificuldades para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD). Um número elevado de indivíduos apresenta sobrepeso e obesidade (58%) e muitos não são cadastrados em unidade de saúde (38,5%), além de 14,4% dos domicílios cadastrados não receberem visita de agentes de saúde.

As cinco morbidades referidas mais prevalentes na população brasileira em 2019 são hipertensão (23,9%), problema crônico da coluna (21,6%), colesterol elevado (14,6%), depressão (10,2%) e diabetes (7,7%). A média e doenças associadas a estas condições variou de 1,6 a 2,6 (Tabela 1).

Duas doenças simultâneas foram relatadas por 14,2% da população, três doenças por 7,7% e uma doença por 25,4%. A ausência de doenças crônicas foi encontrada em 45,2% dos entrevistados (Tabela 2).

Um número elevado de indivíduos apresenta sobrepeso e obesidade (58%) e muitos não são cadastrados em unidade de saúde (38,5%), além de 14,4% dos domicílios cadastrados não receberem visita de agentes de saúde.



Tabela 1. Distribuição da população de 18 anos ou mais de idade segundo as morbidades autorreferidas. Brasil, 2019.

Morbidades	% (IC 95%)	Doenças associadas (média)
Hipertensão	23,9 (23,4; 24,4)	1,6 (1,6; 1,7)
Problema crônico na coluna	21,6 (21,0; 22,1)	1,6 (1,5; 1,6)
Colesterol elevado	14,6 (14,1; 15,0)	2,0 (1,9; 2,0)
Depressão	10,2 (9,9; 10,6)	2,1 (2,0; 2,2)
Diabetes	7,7 (7,4; 8,0)	2,2 (2,1; 2,2)
Artrite/reumatismo	7,6 (7,2; 7,9)	2,5 (2,4; 2,6)
Outra doença mental	6,5 (6,1; 6,8)	2,0 (1,9; 2,1)
Doença cardíaca	5,3 (5,0; 5,6)	2,6 (2,5; 2,7)
Asma	5,3 (5,0; 5,6)	1,6 (1,5; 1,7)
Câncer	2,6 (2,4; 2,7)	2,1 (2,0; 2,3)
DORT	2,5 (2,3; 2,8)	2,2 (2,0; 2,3)
AVC	2,0 (1,8; 2,1)	2,6 (2,5; 2,8)
DPOC	1,7 (1,5; 1,8)	2,6 (2,3; 2,8)
Insuficiência renal crônica	1,5 (1,3; 1,6)	2,6 (2,4; 2,8)

Fonte: PNS 2019

Tabela 2. Distribuição da população de 18 anos ou mais de idade segundo o número de doenças autorreferidas. Brasil, 2019.

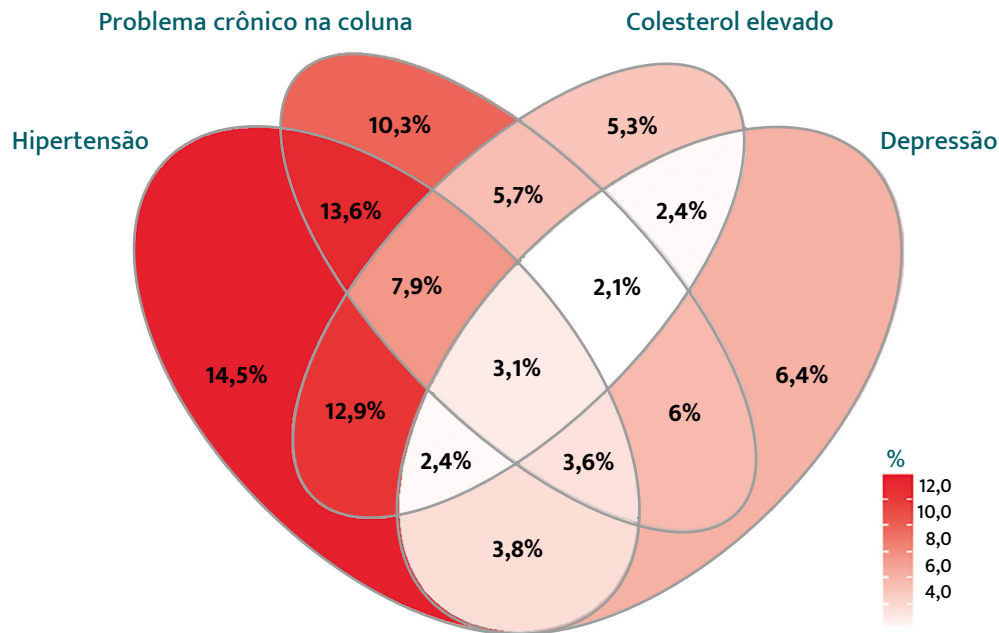
Número de doenças	%
0	45,2 (44,5 - 45,8)
1	25,4 (24,9 - 25,9)
2	14,2 (13,8 - 14,6)
3	7,7 (7,4 - 8,0)
4	4,1 (3,8 - 4,3)
5	2,0 (1,8 - 2,2)
6	0,8 (0,7 - 0,9)
7	0,4 (0,3 - 0,6)
8	0,1 (0,1 - 0,2)
9	0,1 (0,0 - 0,1)

Fonte: PNS 2019

A combinação mais prevalente entre as morbidades avaliadas foi a presença de hipertensão e problema crônico da coluna, presente em 13,6% dos entrevistados (**Figura 1**).



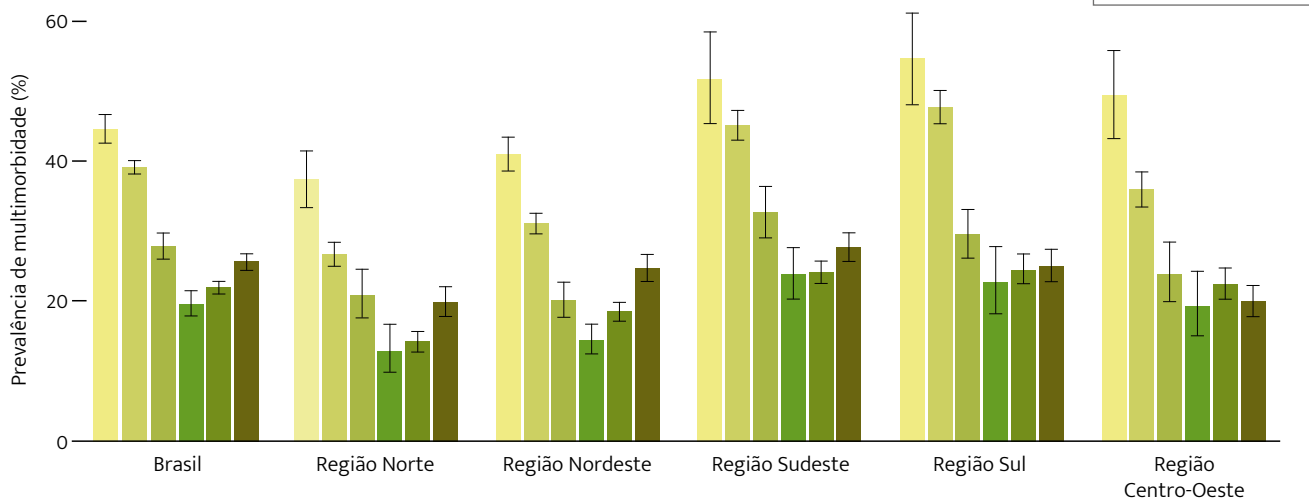
Figura 1. Diagrama de Venn para relação entre as quatro morbidades mais prevalentes entre os indivíduos com 18 anos ou mais de idade com multimorbidade. Brasil, 2019



Fonte: PNS 2019

Indivíduos com menor nível de escolaridade apresentaram maior prevalência de multimorbidade. No Brasil, a prevalência de multimorbidade entre os indivíduos sem instrução foi de 44,8% enquanto entre aqueles com superior completo foi de 25,7% (Figura 2).

Figura 2. Prevalência de multimorbidade segundo a escolaridade. Brasil e regiões, 2019

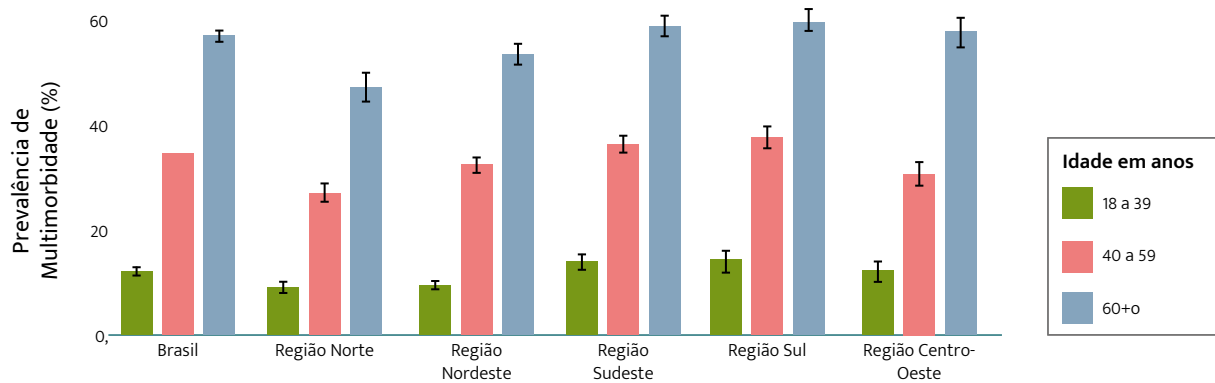


Fonte: PNS 2019



No grupo de 60 anos ou mais, com exceção da região Norte, todas as regiões apresentaram mais de 50% da população com multimorbidade, sendo que a maior prevalência foi observada na região sul do país (59,3%) e a menor na região norte (46,9%). Entre os mais jovens, na faixa etária de 18-39 anos, a estimativa para o Brasil foi de 12,1% e variou de 9,0% na região norte a 14,2% na região sul (**Figura 3**).

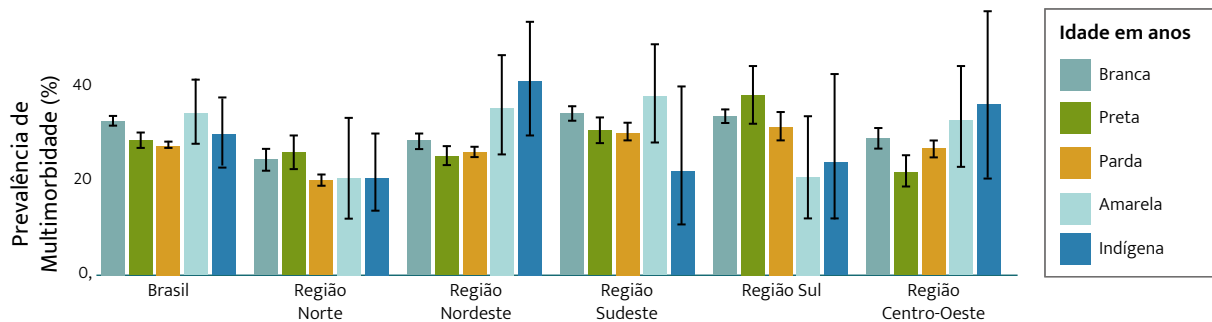
Figura 3. Prevalência de multimorbidade segundo os grupos de idade. Brasil e regiões, 2019



Fonte: PNS 2019

Houve diferença da prevalência de multimorbidade e a cor/raça no Brasil, sendo maior entre os brancos (32,3%) quando comparados a pretos (28,1%) e pardos (27,0%). Quanto às regiões, com exceção da região Sul, houve associação entre a cor/raça e a presença de multimorbidade (**Figura 4**).

Figura 4 - Prevalência de multimorbidade segundo a raça/cor. Brasil e regiões, 2019

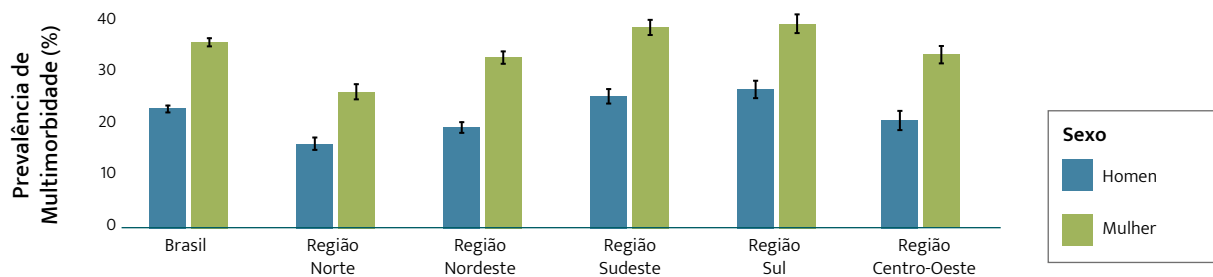


Fonte: PNS 2019

A distribuição da multimorbidade foi diferente de acordo com o sexo dos entrevistados, sendo maior entre as mulheres (35,4%) (**Figura 5**).



Figura 5. Prevalência de multimorbidade segundo o sexo. Brasil e regiões, 2019



Fonte: PNS 2019

A prevalência de multimorbidade é maior em pessoas que possuem uma autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim, passaram por consulta médica nos últimos 6 meses e hospitalizações no último ano, deixaram de realizar atividades habituais e em idosos com limitações em atividades básicas da vida diária (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de multimorbidade segundo variáveis relacionadas ao uso de serviço de saúde e condições de saúde. Brasil, 2019.

Variáveis	%	IC 95%
Autoavaliação da saúde***		
Muito bom/bom	18,6	(18,0 - 19,3)
Regular	46,6	(45,6 - 47,7)
Ruim/muito ruim	69,4	(67,3 - 71,4)
Deixou de realizar atividades habituais***		
Não	26,7	(26,1 - 27,3)
Sim	57,7	(55,8 - 59,6)
Última consulta médica ***		
Até 6 meses	37,4	(36,6 - 38,0)
Mais de 6 meses	16,4	(15,7 - 17,0)
Hospitalizações nos últimos 12 meses (diferente de parto) ***		
Não	27,8	(27,2 - 28,4)
Sim	55,2	(53,0 - 57,3)
Limitação em atividades básicas de vida diária (pessoas com 60 anos ou mais)***		
Não	52,0	(50,7 - 53,0)
Sim	74,5	(72,5 - 76,0)

***p-valor < 0,001.

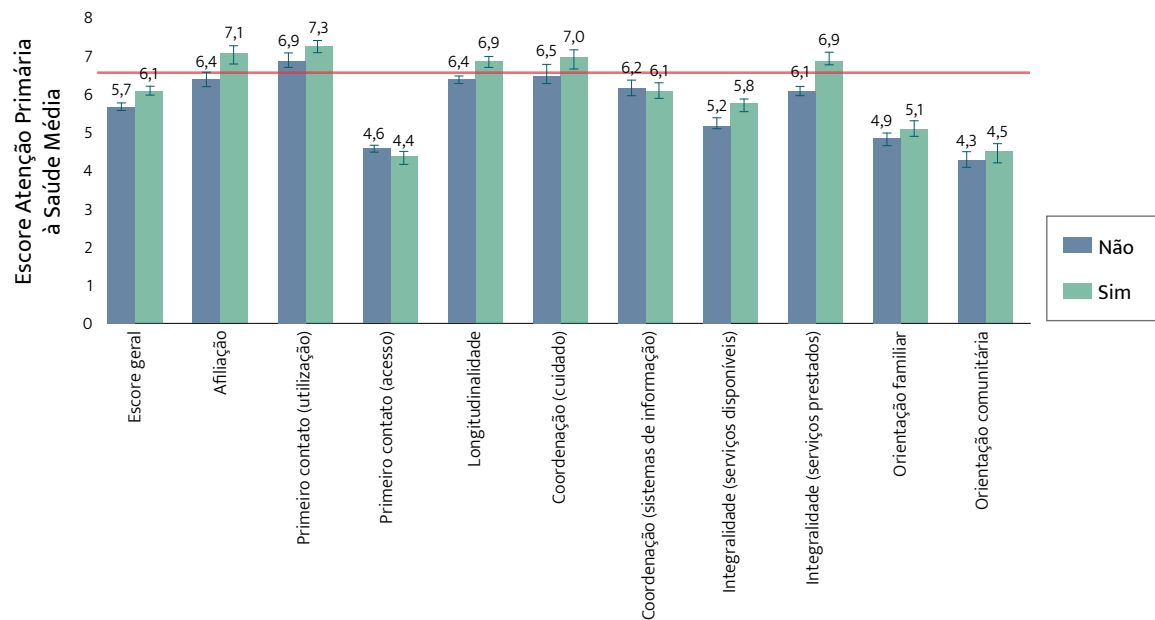
Obs: A não realização de atividades habituais foi avaliada com a pergunta: “Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?” A limitação em atividades básicas de vida diária foi avaliada por meio do relato de dificuldades para realizar uma ou mais das seguintes atividades: deitar/levantar da cama, comer, andar no plano, tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro. Todas as atividades foram avaliadas por meio da seguinte pergunta: “Em geral, que grau de dificuldade tem para realizar [atividade]?”.

Fonte: PNS 2019



Quanto à avaliação da Atenção Primária à Saúde, o escore geral PCAtool ficou abaixo do ponto de corte (menor ou igual a 6,6). Escores iguais ou acima de 6,6 correspondem a serviços mais orientados pelos atributos da APS. Com exceção dos escores para orientação familiar e comunitária, todos os escores do PCAtool foram significativamente maiores para os indivíduos com multimorbidade em comparação a pacientes com uma ou nenhuma doença crônica. Especificamente entre os pacientes com multimorbidade, 4 componentes apresentaram escores menores do que 6,6, sendo eles: Primeiro contato (acesso); Coordenação (sistemas de informação); Integralidade (serviços disponíveis); Orientação familiar e Orientação comunitária (Figura 6).

Figura 6. Escore geral e dos componentes da atenção primária à saúde segundo a distribuição da multimorbidade entre pessoas de 18 anos ou mais de idade. Brasil, 2019.



Obs: A linha vermelha corresponde ao valor de 6,6 que indica serviços mais orientados aos atributos da atenção primária à saúde

Fonte: PNS 2019

Quanto ao setor privado, a multimorbidade é mais frequente em pacientes que referem ter plano de saúde e dentre as pessoas que têm plano de saúde, a multimorbidade é também mais frequente dentre os insatisfeitos com seus planos. Entre aqueles que avaliaram o plano como muito bom ou bom, a prevalência de multimorbidade foi de 32,5% e entre os indivíduos que avaliaram o plano de saúde como ruim ou muito ruim, a prevalência de multimorbidade foi de 45,5%. (Tabela 4).



Tabela 4 Prevalência de multimorbidade segundo variáveis relacionadas ao uso de serviço de saúde. Brasil, 2019.

Variáveis	%	IC 95%
Plano de saúde***		
Não	27,9	(27,3 - 28,5)
Sim	33,7	(32,6 - 34,9)
Avaliação do plano***		
Muito bom/bom	32,5	(31,3 - 33,8)
Regular	37,7	(35,0 - 40,6)
Ruim/muito ruim	45,5	(39,2 - 51,9)
Nunca usou	27,7	(20,1 - 36,7)

***p-valor < 0,001.

Fonte: PNS 2019

Estimativa dos gastos em saúde da população multimórbida usuária do SUS

O gasto médio anual per capita aumenta quanto maior a quantidade de doenças combinadas, sendo que 15,27% da amostra de indivíduos possui 2 ou mais doenças e concentra 52,88% dos gastos (Tabela 5).

Tabela 5 Estatísticas descritivas segundo quantidade de morbididades/agravos observados no período. População de 18 anos e mais com utilização SUS, Brasil, 2000 a 2015.

	(Idade em anos >= 18 anos, n = 16.118.053)						
	Quantidade de morbididades/agravos						
	0	1	2	3	4	5+	Total
Percentual da amostra (%)	48,44	36,29	9,56	3,49	1,35	0,87	100,00
Média de tempo de utilização (em anos)	2,72	3,72	5,78	6,82	7,61	8,67	3,64
Média da idade em anos	40,20	51,59	57,86	61,26	63,20	64,77	47,28
Masculino (%)	26,75	41,19	43,02	44,66	45,64	46,43	34,60
Feminino (%)	73,25	58,81	56,98	55,34	54,36	53,57	65,40
Gasto médio anual per capita total (BRL)	825,30	14.711,39	27.417,09	35.292,58	39.138,35	46.946,16	10.528,12
Gasto médio anual per capita total (BRL - ajustado IPCA)*	1.742,99	30.687,21	58.019,54	74.962,09	82.697,93	97.831,03	22.111,09
Gasto médio anual per capita total (ajustado USDPPP) **	689,99	12.147,91	22.967,74	29.674,66	32.736,99	38.727,61	8.752,95
Percentual do gasto total no período (%)	1,72	45,40	26,83	13,98	6,45	5,62	100,00

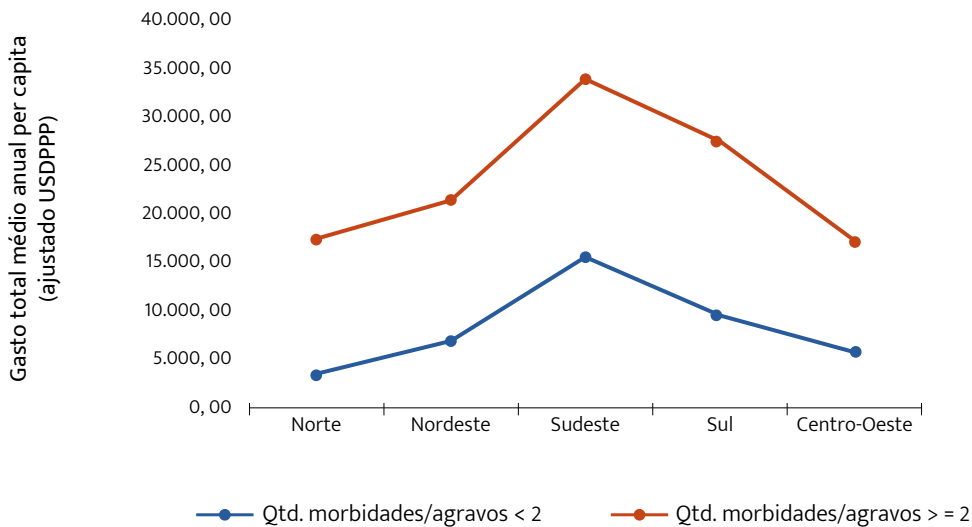
*Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - **US Dolars Purchasing Power Parit.

Fonte: Datasus, Banco de dados UFMG, 2023



As médias do gasto total per capita anual do grupo com apenas uma doença e daquele com duas ou mais são bastante distantes, sendo que as maiores médias se concentram nas regiões Sudeste e Sul, que também apresentam as maiores porcentagens de indivíduos com 60 anos e mais. (Figura 7).

Figura 7. Gasto total médio anual per capita (ajustado USDPPP) segundo quantidade de morbidades/agravos e região brasileira. População de 18 anos e mais com utilização SUS, Brasil, 2000 a 2015.

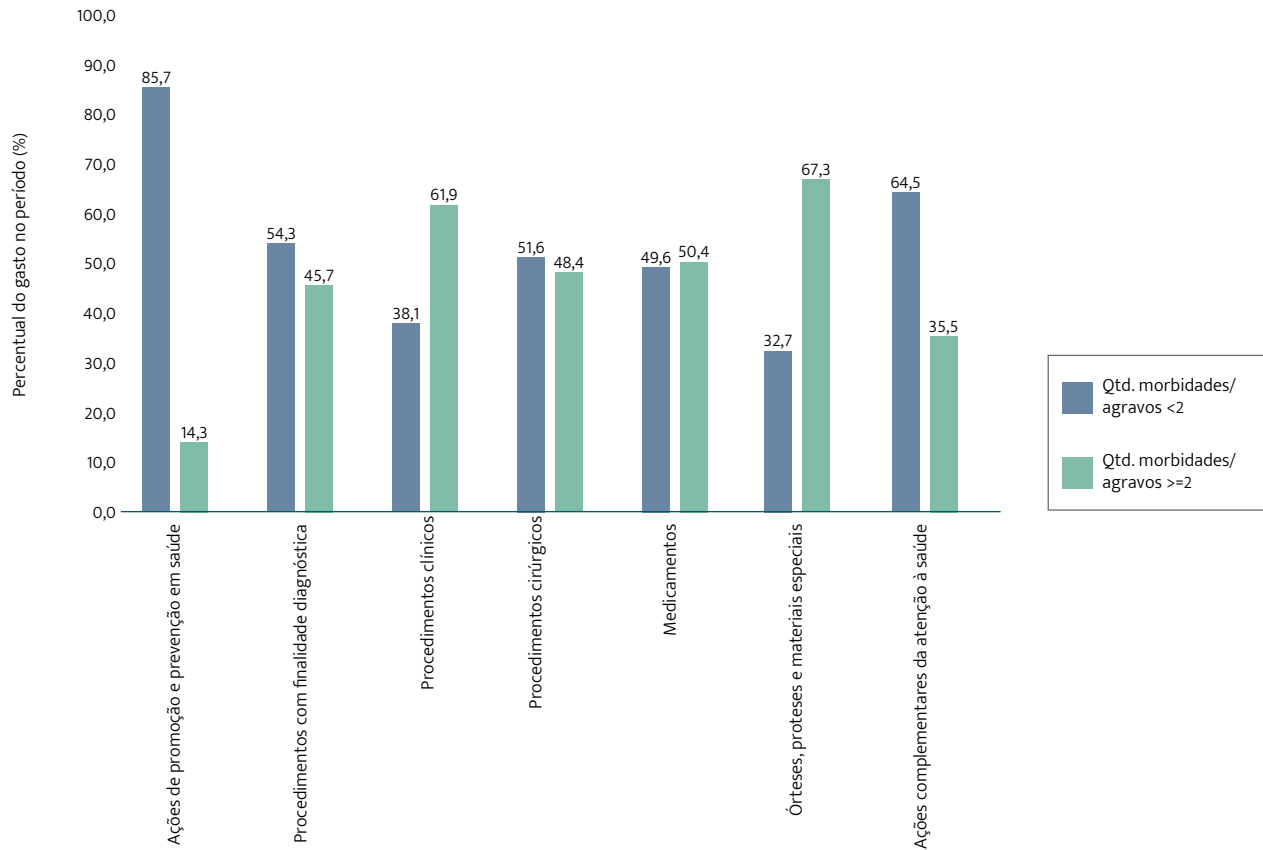


Fonte: Datasus, Banco de dados UFMG 2023

Quanto à natureza dos gastos em saúde, observa-se que aqueles com procedimentos clínicos e órteses, próteses e materiais especiais estão concentrados no grupo com multimorbidade. Já ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, procedimentos com finalidade diagnóstica e ações complementares da atenção à saúde apresentam a maior parte dos seus gastos no grupo de pacientes com apenas uma doença (Figura 8).



Figura 8. Distribuição do gasto segundo quantidade de morbidades/agravos e grupo de gasto. População de 18 anos e mais com utilização SUS, Brasil, 2000 a 2015.



Fonte: Datasus, Banco de dados UFMG 2023

Os gastos mais elevados são com medicamentos (75,72% dos gastos) e procedimentos clínicos (21,68%) independentemente da presença de morbidades/agravos. Para o grupo sem doenças crônicas, nota-se maior participação de ações complementares de atenção à saúde (11,60%), procedimentos cirúrgicos (8,45%) e procedimentos com finalidade diagnóstica (3,89%) (Tabela 6).

O gasto médio anual per capita aumenta quanto maior a quantidade de doenças combinadas, sendo que 15,27% da amostra de indivíduos possui 2 ou mais doenças e concentra 52,88% dos gastos.



Tabela 6 Estatísticas descritivas quanto a natureza das ações de saúde segundo quantidade de morbidades/ agravos observados no período. População de 18 anos e mais com utilização SUS, Brasil, 2000 a 2015.

Grupo do gasto (%)	(Idade em anos >= 18 anos, n = 16.118.053)						
	Quantidade de morbidades/agravos						Total
	0	1	2	3	4	5+	
Ações de promoção e prevenção em saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Procedimentos com finalidade diagnóstica	3,89	0,21	0,23	0,26	0,29	0,32	0,30
Procedimentos clínicos	16,39	17,59	22,95	25,92	29,33	31,01	21,68
Procedimentos cirúrgicos	8,45	0,85	0,86	0,92	1,12	1,18	1,03
Transplante de órgãos, tecidos e células	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medicamentos	58,03	80,43	74,92	71,73	67,85	65,86	75,72
Órteses, próteses e materiais especiais	0,56	0,34	0,52	0,63	0,84	1,02	0,51
Ações complementares da atenção à saúde	11,60	0,51	0,44	0,45	0,48	0,48	0,67
Outros	1,08	0,07	0,08	0,08	0,08	0,12	0,09
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Média anual per capita de passagens ambulatoriais	1,22	4,30	7,11	8,96	10,29	12,55	3,39
Média anual per capita de passagens de internação	0,36	0,76	1,21	1,53	1,71	1,87	0,66

Fonte: Datasus, Banco de dados UFMG 2023



Dentre as combinações de doenças com maior participação nos gastos em saúde, destacam-se as doenças referentes à saúde mental e saúde cardiovascular. No período analisado de 2000 a 2015, a combinação de esquizofrenia ou outros transtornos delirantes e transtornos do humor, de ansiedade ou do comportamento representou a combinação de doenças com a maior participação nos gastos totais e nos gastos com medicamentos, representando 1,52% dos gastos totais e uma cifra média anual per capita de 60.092,06 (ajustado USDPPP).

No que se refere a internações hospitalares, no período analisado de 2000 a 2015, a combinação de insuficiência cardíaca e cardiopatias isquêmicas representou a combinação de doenças com maior parcela dos gastos com internações hospitalares, representando 0,55% dos gastos hospitalares e uma cifra média anual per capita de 3.504,12 (ajustado USDPPP).

Mais informação

Dentre as combinações de doenças com maior participação nos gastos em saúde, destacam-se as doenças referentes à saúde mental e saúde cardiovascular.



Imagen Imagen de DCStudio en Freepik



Limitações

Os dados utilizados no estudo referem-se a morbidades autorreferidas e que não cobrem a totalidade das doenças crônicas. As informações referentes a despesas com saúde ou uso de recursos são aproximações, ou seja, estimativas de gastos. Não foi possível aferir eventuais efeitos ou vieses relacionados à pandemia de COVID-19.







Experiências brasileiras contemporâneas em gestão de saúde

Planificação da atenção à saúde

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) corresponde à organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, tendo como foco as necessidades dos usuários. Foi implementada no Brasil por meio do PlanificaSUS, que apoia as secretarias estaduais e municipais de saúde no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foi desenvolvida em 25 regiões de saúde e 11 estados brasileiros. Para efeito do projeto Multimorbidades Brasil foi realizada visita ao Município de Caxias no Maranhão.

A PAS foi adotada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desde 2004 e tem sua fundamentação teórica ancorada no “Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)” e no “Modelo da Construção Social da Atenção Primária à Saúde” a partir dos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente, dos cuidados crônicos e dos determinantes sociais de saúde, propostas por Eugênio Vilaça Mendes. Trata-se de processo de educação permanente que permite desenvolver as competências das equipes de saúde para o planejamento, organização, monitoramento dos processos de trabalho de atenção à saúde, com foco na necessidade dos usuários.



As participações efetivas do CONASS e dos COSEMS são fundamentais para dar início à PAS e a região a ser trabalhada deve apresentar os seguintes critérios: a) Adesão de prefeitos e secretarias municipais de saúde (Termo de Cooperação técnica); b) ESF implantada no território municipal selecionado; c) Equipes profissionais (médicos, enfermeiros e outros) com cumprimento efetivo da carga horaria contratada (40h/sem para ESF); d) Existência de AAE (em funcionamento); e) Decisão pela regionalização da AAE.

Na prática, são realizados workshops e oficinas como mecanismos provocadores de mudança, momentos em que são trabalhados elementos centrais para as etapas de implementação, norteadas por planos de ação. As decisões do PAS são formalizadas publicamente por meio de um protocolo de intenções entre os envolvidos e realização de uma oficina para alinhamento conceitual (oficina-mãe), com macrodefinições e identificação de facilitadores estaduais que conduzirão o processo na região selecionada. Os encontros iniciais são presenciais e envolvem todos os profissionais nos locais de trabalho e após mantidos à distância por diferentes estratégias e por tutorias, em que são organizados os processos pactuados nos planos de ação.

Durante o processo, são definidas as condições de saúde prioritárias claramente justificadas e as estratégias com relação à elaboração de diretrizes clínicas, financiamento e educação permanente.

A implantação da PAS é realizada em duas fases:

Fase 1. APS:

- Diagnóstico situacional
- Territorialização
- Cadastro familiar
- Organização da sala de vacinas
- Prontuário familiar
- Implantação do bloco de horas
- Classificação de risco das condições crônicas

Critérios para participar da PAS:

a) Adesão de prefeitos e secretarias municipais de saúde

b) ESF implantada no território municipal selecionado

c) Equipes profissionais com cumprimento efetivo da carga horaria contratada

d) Atenção ambulatorial especializada em funcionamento

e) Decisão pela regionalização da AAE.



Fase 2. AAE - macroprocessos básicos e função assistencial

- Diagnóstico situacional
- Organização da carteira de serviços
- Discussão sobre o acesso
- Organização e estruturação da agenda
- Organização dos processos administrativos
- Treinamento modelo de atenção às condições crônicas e compartilhamento do cuidado com APS.

Gestão do cuidado do paciente idoso

A Operadora de Saúde Prevent Senior é uma operadora de saúde fundada em 1997 voltada a serviços de saúde para a população idosa na cidade de São Paulo. Nos primeiros cinco anos da operadora, o crescimento do número de beneficiários foi lento e gradual, com foco na comercialização de planos individuais. Em 2023 são registradas 45 unidades, 550 mil usuários e 14 mil trabalhadores, com serviços nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Santo André e Santos. O crescimento da empresa é atribuído ao baixo custo mensal dos planos oferecidos, comparativamente aos preços praticados pelas demais operadoras e pela maior parte do atendimento ser realizado na rede própria, que atende 70% da demanda ambulatorial e 80% da demanda hospitalar dos beneficiários.

Os altos índices de adesão a esta operadora, que fidelizou mais de 50% dos idosos de São Paulo em 2017 (Herzlinger, Malik, Zogbi, 2017) se deve a processos qualificados, com hospitais, ambulatórios e centros diagnósticos integrados, investimento na metodologia Lean Six Sigma, que prevê a melhoria contínua e no alto grau de informatização - aliado ao uso de dados e de inteligência artificial, o que possibilita maior conhecimento sobre os usuários promovendo agilidade de resposta e antecipação de problemas.

Algumas dessas estratégias se destacam:

- a) uso de inteligência artificial permite buscar pacientes em uso de medicamentos específicos ou polifarmácia ou com exames alterados para monitorá-los de forma mais minuciosa. Por exemplo, O Cardiocare, uma das linhas do programa Care, prioriza pacientes com



insuficiência cardíaca congestiva, valvulopatias, tabagistas, usuários em uso de marcapasso ou anticoagulantes. O Osteocare foca na prevenção e no monitoramento dos idosos, buscando evitar quedas e fraturas por meio da orientação para oferta adequada de cálcio, monitoramento de vitamina D, estímulo à atividade física e monitoramento dos pacientes mais graves.

- b) “clubes” com oferta de atividades psicossociais de convívio com foco na saúde, com apoio de equipe multiprofissional. Dentre as atividades, há oficinas de costura, teatro, música, consultas e palestras. A exemplo do Coração Valente, programa feito pela cardiologia para pacientes menos graves e seus acompanhantes, em que se prevê atividades como caminhadas ao ar livre e yoga acompanhadas por médico e fisioterapeuta - momento também em que é feita avaliação de saúde.

Os usuários são divididos em 5 grupos que correspondem aos pilares de cuidados. São eles: Atenção Primária à Saúde; Crônicos; Oncologia; Cuidados Domiciliares; Cuidados Paliativos.

Os usuários são divididos em 5 grupos que correspondem aos pilares de cuidados. São eles: Atenção Primária à Saúde; Crônicos; Oncologia; Cuidados Domiciliares; Cuidados Paliativos. Esses pilares conversam entre si o tempo todo, e, apesar de ser mais frequente evoluir em termos de complexidade, se um paciente do pilar de Crônicos estiver controlado, poderá ser acompanhado pela Atenção Primária à Saúde.





Esses pilares conversam entre si o tempo todo, e, apesar de ser mais frequente evoluir em termos de complexidade, se um paciente do pilar de Crônicos estiver controlado, poderá ser acompanhado pela Atenção Primária à Saúde.

As hospitalizações são distribuídas em diferentes centros, conforme a necessidade principal do usuário, havendo em São Paulo por exemplo hospitais especializados em cirurgias de urgência, cirurgia oncológica, torácica, plástica e pélvica, mama e endoscopia de alta complexidade, hemodinâmica, endo-vascular, vascular, cardíaca e neurocirurgia, renais crônicos e dialíticos, ortopedia e cirurgia buco-maxilar, hematologia, oncologia clínica e geriatria de alta complexidade, hospitais de transição e reabilitação com internação prolongada.

O Cuidado ambulatorial é feito de forma especializada e segmentada num mesmo local, coordenado por médico de referência e equipe multidisciplinar, dispondo de prontuário integrado e com acesso facilitado ao especialista e programas específicos por doença. Dentre os processos de qualificação, destaca-se a capacitação dos profissionais para responder de forma proativa às necessidades dos pacientes e desenvolvimento de softskills. Além disso, há uma equipe de relacionamento, com um “tutor de relacionamento” que monitora o paciente por telefone, amparado por equipe multiprofissional.

Nesse modelo, a equipe principal da linha de cuidado coordena o cuidado e faz a interface com os demais profissionais, acompanhando toda a jornada do usuário na rede e redirecionando o mesmo quando necessário.

Mais informação



Imagen de Banco Mundial | Flickr



Perspectivas futuras

O Ministério da Saúde brasileiro tem aumentado a atenção a áreas como Saúde Digital e Oncologia, o que pode apontar tendência a priorizar a resolução do problema da multimorbidade. A APS mais resolutiva e efetiva carece de estratégias novas no sentido de garantir a jornada do usuário dentro da rede de serviços e que agilizem o acesso à atenção especializada, incluindo hospitalar. Para isso, coordenação do cuidado, integralidade e cuidado centrado na pessoa são requisitos fundamentais.

Novos programas e linhas de cuidado estão sendo concebidos e suas estratégias poderão eventualmente inspirar ou favorecer a atenção ao paciente multimórbido, bem como a recente expansão e regulamentação da Telessaúde ao longo da pandemia de COVID-19, que desenvolveu e validou novos processos, sendo possível vislumbrar um modelo de gestão de crônicos com forte componente de Saúde Digital. O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) são importantes parceiros como no caso da Planificação da Atenção à Saúde e dos Cursos de Aperfeiçoamento e da TV Ao Vivo do CONASEMS.

Como seguimento a esse trabalho, sugere-se identificar mais experiências exitosas, incluindo o uso de Saúde Digital e eventuais parcerias público-privado, identificar tecnologias que possam favorecer a interoperabilidade e que sejam adaptadas para o contexto brasileiro, testar modelos em realidades consideradas piloto e pensar em eventuais linhas de fomento que apoiem a disseminação das práticas exitosas após os testes dos pilotos.







A transição demográfica acompanhada da transição epidemiológica, evidenciadas pela mudança do perfil de saúde da população brasileira, trazem importantes desafios para o Sistema Único de Saúde. O acelerado envelhecimento da população acentua ainda mais os efeitos da tripla carga de doenças, colocando a sociedade como um todo face a essa nova realidade. Mudanças importantes encontram-se em andamento, tanto econômicas, quanto sociais.

A pandemia do Coronavírus tornou esse contexto ainda mais complexo, aumentando as desigualdades, inclusive na saúde, impactando ainda mais os serviços de saúde, excessivamente demandados nesses três anos, inicialmente por conta do desafio sanitário global que encontrou no Brasil um dos seus terrenos mais férteis, e, posteriormente, pelas sequelas deixadas pela inevitável priorização da doença emergente, que levou os serviços a deixar de lado boa parte do cuidado aos pacientes crônicos.

Considerando o aumento gradativo da concomitância de múltiplas doenças crônicas acometendo um mesmo indivíduo, seja ao longo das últimas décadas, seja ao longo da vida do cidadão, o quadro atual da multimorbidade merece a atenção das autoridades sanitárias.

A presença de comorbidades/multimorbidades requer maior qualidade e eficiência do sistema de saúde como um todo, com ênfase na prestação de serviços de saúde em rede de atenção, com fortalecimento tanto da atenção primária, para que seja capaz de identificar e gerenciar pacientes mais complexos, quanto da atenção especializada mais bem estruturada e organizada, com sistemas apropriados de utilização de medicamentos, gestão dos casos que inclua o atendimento hospitalar, tudo isso com protocolos de atendimento adequados e informação que siga o paciente. Evidentemente que essa conformação, há muito almejada, traz implicações importantes para o sistema de saúde como um todo e para seus custos.

Nesse relatório é feita a caracterização da multimorbidade no país, com apresentação de dois exemplos de gestão de crônicos, um do setor público e outro do setor privado.