

# **CAPÍTULO 1**

# **IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM DEPRESSÃO NO BRASIL**

**Carmen Cecilia de Campos Lavras  
Thiago Lavras Trapé**

## Aspectos-chave

- O cuidado em saúde é desintegrado tanto no contexto público quanto no privado.
- A depressão tem sido compreendida como uma doença crônica não transmissível, demandando articulações perenes entre os pontos de atenção em saúde.
- A linha de cuidado (LC), enquanto forma de articulação de recursos e práticas em saúde, visa otimizar a performance global e a qualidade do cuidado ofertado por meio de pactuações, diretrizes clínicas e fluxos no contexto do sistema de saúde.
- A implantação e implementação da Linha de Cuidado de Depressão (LCD) é uma experiência inédita no Brasil.
- A Atenção Básica tem um papel fundamental na coordenação, gestão, acesso e organização do cuidado multidisciplinar às pessoas com depressão, incluindo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, dentro da perspectiva dos determinantes sociais do processo saúde-doença.
- A Linha de Cuidado é um indutor de aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para tal, o apoio de gestores, trabalhadores e usuários do sistema de saúde é essencial.

# Implementação da Linha de Cuidado em Depressão no Brasil

O termo “depressão” tem sido utilizado com distintos significados. Muitas vezes é utilizado, apenas, para expressar uma variação de humor ou tristeza, que acomete qualquer ser humano, em determinados momentos da vida. Nesse caso, não se relaciona a transtorno mental, mas sim a adaptação de um termo, como tantos vindos das ciências da saúde, no uso coloquial. Esta adaptação se dá pelo uso recorrente do termo que tem uma apropriação da nosografia psiquiátrica onde é utilizado para expressar uma patologia, de causas diversas e com diferentes graus de intensidade.

Seja por seu longo período de acometimento e/ ou de tempo necessário ao diagnóstico, seja pelo fato de se apresentar como um fenômeno recorrente, a depressão deve ser considerada uma condição crônica (CC) e que hoje possui alta prevalência em nossa sociedade.

Estima-se uma prevalência de 14% de sintomas depressivos na população adulta do Brasil <sup>1</sup> que, além de acometer a qualidade de vida dos indivíduos, gera um custo direto para os sistemas de saúde e indireto para a sociedade <sup>2</sup> como um todo, ao se considerar as perdas laborais daí decorrentes. Isso aponta, para a necessidade de formulação de políticas públicas que possam, além de oferecer o tratamento adequado nos diversos níveis, se antecipar com ações de prevenção e melhorar os desfechos.

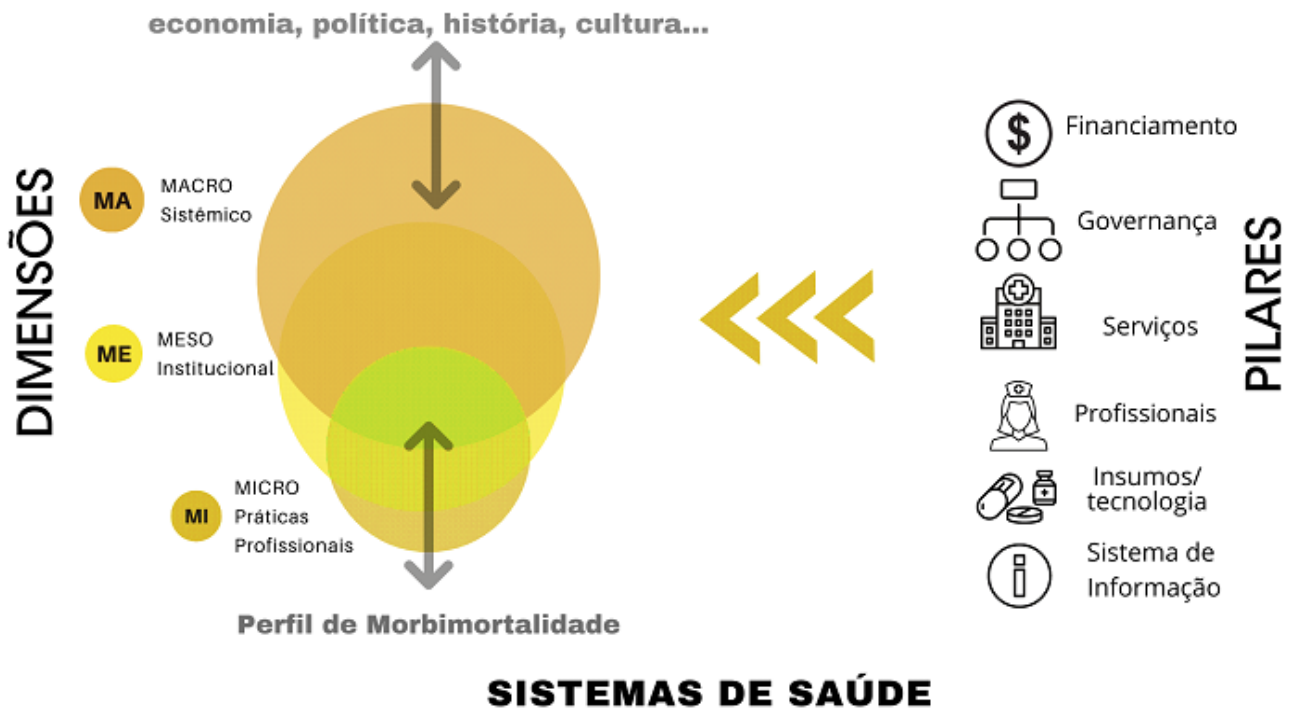
Como uma condição crônica complexa e multifatorial, pode-se afirmar que a depressão exige, para sua abordagem: identificação precoce, estímulo ao autocuidado; ênfase nas atividades relacionadas à prevenção de riscos e agravos; atuação interdisciplinar e multiprofissional integrada em todos os pontos de atenção do sistema; e, garantia de continuidade assistencial. Sob um outro prisma, exige: garantia de acesso; organização da atenção primária à saúde, para que seja resolutiva até o nível de sua competência; assim como um alto grau de integração assistencial em todas as dimensões do sistema de saúde (sistêmica, de serviços de saúde e de práticas profissionais).

Nesse sentido, vale ressaltar que os sistemas de saúde existentes no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema de Saúde Suplementar - apresentam-se, atualmente, como sistemas altamente fragmentados e, portanto, inadequados para responder às necessidades de saúde dos brasileiros, cuja situação epidemiológica expressa uma tripla carga de doenças com predominância acentuada de condições crônicas, que só podem ser enfrentadas por sistemas integrados. <sup>3</sup>

Nos aspectos relacionados a gestão, a lógica de integração do sistema pressupõe a estruturação e coordenação de diferentes pilares que quando atuam coordenadamente almejam melhores resultados. São eles a matriz do **financiamento**, a **governança** e os diferentes modelos de gestão, as tipologias de **serviços** existentes, os **recursos humanos** disponíveis, os **sistemas de informação** e os **produtos/tecnologias**.

Esses pilares, interdependentes, podem se articular de modo confluyente e harmônico ou, como notamos atualmente nos subsistemas de saúde brasileiros, de modo bastante desintegrado. Conseguimos analisar cada um desses pilares em diferentes dimensões do sistema, que tem atribuições distintas, desde da macro gestão e estruturação das políticas de saúde (Leis, Portaria, Marcos Regulatórios...) até as práticas clínicas, que seria a mais granular atividade do sistema e que se caracteriza pela autonomia do profissional e que está condicionada à organização da instituição em que está inserida e do sistema que a estrutura. Soma-se a isso os aspectos culturais, econômicos, históricos e políticos que influenciam diretamente a estruturação e organização desses pilares, tornando os sistemas bastante singulares.

**Figura 1.** Pilares e Dimensões de um Sistema de Saúde



O SUS, mesmo sendo o sistema de maior representatividade junto à população brasileira, já que, através da Atenção Primária à Saúde (APS), se faz presente nos 5.570 municípios existentes no país, ainda enfrenta vários desafios nos pilares que o estruturam, principalmente no que diz respeito a adequação de seu financiamento, a complexidade de seu modelo de gestão e, como já dito, a fragmentação de seu modelo de atenção.

No que tange a superação dessa fragmentação, várias iniciativas têm se desenhado nas últimas décadas, entre elas, podemos destacar a implantação de Linhas de Cuidado (LC) como uma estratégia de integração nas dimensões sistêmicas, de serviços de saúde e de práticas profissionais, como se verá adiante. Ressaltando-se, no entanto, que a implantação de uma LC, mesmo que favoreça essa integração à medida em que altera os processos relacionados a oferta de cuidados a um grupo específico de usuários, se for feita de forma isolada, não representa uma garantia de que essa integração seja do sistema como um todo.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 traz em seu Anexo um conceito de Linha de Cuidado que se tornou referência para o SUS:

*“Linhas de Cuidado (LC) – uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação*

*do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional”.*

A partir dessa referência, **Linha de Cuidado** é **por nós entendida como o indicativo do itinerário ideal a ser percorrido por pessoas em um Serviço ou Sistema de Saúde**, em função de estarem expostas a determinados riscos, serem portadoras de determinadas patologias ou, ainda, se encontrarem em determinada fase ou condição específica do ciclo de vida. Esse itinerário deve ser definido em função das necessidades específicas de cuidados em saúde apresentadas por essas pessoas e devem ser orientados por **documentos técnicos** fundamentados em diretrizes clínicas cientificamente estabelecidas; que considerem a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede<sup>4,5</sup>; que apontem as atividades, os procedimentos, os parâmetros de atenção e os recursos necessários para que se garanta uma oferta adequada de cuidados em cada uma das unidades funcionais do sistema, bem como os mecanismos a serem utilizados na articulação entre elas, para que se garanta a continuidade assistencial.

O Documento Técnico de uma Linha de Cuidado expressa o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada pelo sistema de saúde em seus diferentes pontos de atenção e subsidiando a tomada de decisão nos diferentes pilares que compõem a rede assistencial <sup>6</sup>.

A formulação desses documentos apresenta-se, assim, como um processo complexo, mesmo se tratando de um documento genérico, que, independentemente da diversidade apresentada e das características próprias das redes de saúde em cada região do país, descreva o fluxo ideal do paciente no sistema, apontando as ações e atividades de promoção, prevenção, cura, reabilitação e oferta de cuidados paliativos a serem desenvolvidas nas unidades de seus diferentes níveis de atenção e a descrição de todos os recursos envolvidos, incluindo as tecnologias de micro gestão do cuidado a serem utilizadas, além de indicadores que permitam induzir, monitorar e avaliar a organização da rede. As premissas constantes nesses documentos, deverão, assim, ser posteriormente adaptadas a cada realidade territorial.

De qualquer forma, vale ressaltar que seja qual for a metodologia a ser utilizada na formulação de **“Planos de Implantação de LC”** em regiões de saúde do SUS, deve-se ter claro que com essa iniciativa, o que está se buscando é: **integrar unidades funcionais** existentes no sistema em âmbito regional, **valorizando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede; integrar e qualificar os processos e as atividades no âmbito interno dos serviços de saúde;** e, **aprimorar as práticas profissionais** aí desenvolvidas, tendo como referência o grupo populacional ao qual se destinam, na perspectiva de qualificação da relação profissional-usuário.

Já o processo de implantação desse Plano, deve respeitar as singularidades do sistema em cada território e seus usuários e considerar iniciativas tanto de caráter sistêmico como de processos institucionais, assistenciais e de autocuidado. Deve, ainda, favorecer a percepção por parte de gestores e profissionais envolvidos quanto a complexidade desse processo, propiciando a efetiva participação de todos na reorganização de suas práticas profissionais. Dessa forma, vale ressaltar que se faz necessário o estabelecimento prévio de métodos e instrumentos que favoreçam esse processo.

Deve-se também ressaltar que, embora a implantação de uma LC possa ser utilizada apenas no âmbito interno de um serviço especializado - que por suas características agrega várias unidades funcionais do sistema (pontos de atenção) na perspectiva de integrá-las - a aplicabilidade da LC pode sim ser priorizada como uma potente estratégia de integração dos Sistemas de Saúde como um todo.

Um outro aspecto que deve ser considerado na implantação de Linhas de Cuidado no SUS diz respeito ao protagonismo a ser exercido pela atenção primária à saúde nesse processo, já que como elemento estrutural do sistema, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como ponto de atenção, se constituem na principal porta de entrada dos usuários do sistema e na unidade responsável pelo seu acompanhamento permanente, mesmo que venha a ser atendido em outro ponto do sistema.

É com esse entendimento que qualquer documento que for elaborado no sentido de apoiar a implantação de uma Linha de Cuidado de Depressão deve estar alicerçado nos seguintes **pressupostos**:

- Abordagem integral do processo saúde - doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação.
- Análise prévia do perfil sociodemográfico e epidemiológico da população residente na área contemplada pela LC.
- Diagnóstico dos pontos de atenção da rede de atenção à saúde, suas ofertas assistenciais e tecnologias.
- Ênfase nas ações educativas e no autocuidado, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.
- Monitoramento sistemático da adesão do usuário ao plano de cuidado construído.
- Estímulo à formulação de projeto terapêutico individualizado, o que pressupõe atuação multiprofissional integrada.
- Coordenação do cuidado pela equipe da Unidade Básica de Saúde.

- Estratificação de risco de forma a identificar os casos que exigem maior atenção e a pertinência do tratamento ofertado, definindo o fluxo mais adequado para cada situação e otimizando os recursos existentes.
- Atenção especial às comorbidades existentes e a vulnerabilidade social.
- Fluxo do paciente determinado pela necessidade detectada a cada passo do processo assistencial, de forma flexível e multidirecional, permitindo o acompanhamento paralelo em diferentes pontos de atenção e permitindo que o paciente mantenha o vínculo com sua UBS de origem.
- Análise do desfecho através de sistema de informação integrado nos diversos pontos de atenção da rede.

A implantação de uma LC deve ser vista como um **processo de médio e longo prazo** já que além das mudanças estruturais no sistema, exige mudanças organizacionais e no comportamento e atitudes de seus profissionais.

Finalmente, mesmo respeitando a diversidade regional e das redes de atenção à saúde que buscam se configurar no âmbito do SUS no país, é de se esperar que o **Plano de Implantação de LC de Depressão** contemple medidas voltadas: ao fortalecimento da APS com melhoria de infraestrutura física e tecnológica das UBS; melhoria dos processos de trabalho; desenvolvimento de processos de capacitação dos profissionais; incorporação e/ou aprimoramento de tecnologias de micro gestão do cuidado; qualificação dos sistemas de informação, e, aprimoramento dos mecanismos de articulação com as demais unidades do sistema que compõe o itinerário terapêutico definido, em particular com as da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

## Referências bibliográficas

1. Silva, M. T., Galvao, T. F., Martins, S. S., & Pereira, M. G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 262-270.
2. Bonadiman, C. S. C., Passos, V. M. D. A., Mooney, M., Naghavi, M., & Melo, A. P. S. (2017). A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20, 191-204
3. Trapé, T. L., Campos, R. O., & Gama, C. A. P. (2015). Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. *International Journal of Health Sciences*, 3(3), 45-53
4. Starfield B. *Primary Care: Concept, Evaluation, And Policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
5. BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017
6. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Rosse Mahó Llaveria Lafulla, Aparecida Teruko Tominaga Yamada, Carmen Lavras, Maris Salette Demuner. Documento Técnico da Linha de Cuidado [Internet]. [cited 2017 Jul 9]. Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/hipertensao-arterial-e-diabetes-mellitus/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-mellitus/documento-tecnico-da-linha-de-cuidado/>.

