

# Cuidados Inovadores para Condições Crônicas

■ ■ ■ Componentes Estruturais de Ação

RELATÓRIO MUNDIAL



Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental  
Organização Mundial da Saúde

© Organização Mundial da Saúde, 2002

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

**Informações sobre esta publicação podem se pedidas a:**

Noncommunicable Diseases and Mental Health

World Health Organization

1211 Genève 27, Suíça

Tel: +41-22-791 4703 Fax: +41-22-791 4186

**Tradução com colaboração da OPAS/OMS**

**Tiragem: 1500 exemplares**

Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de  
ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

Bibliografia

ISBN 92 4 159 017 3

1. Doença crônica 2. Prestação de cuidados de saúde 3. Assistência de  
longa duração 4. Política social 5. Participação comunitária 6. Cooperação  
intersectorial 7. Medicina baseada em evidências I. Organização Mundial da  
Saúde.

**NLM: WT 31**

# Sumário

Introdução .....	5
Resumo Executivo .....	7
<b>1</b> Condições Crônicas: O Desafio da Saúde no Século 21 .....	15
<b>2</b> Os Sistemas Atuais não são Desenhados para Atender os Problemas Crônicos .....	33
<b>3</b> Cuidados Inovadores: Enfrentando o Desafio das Condições Crônicas .....	45
<b>4</b> Ações para Melhorar o Tratamento das Condições Crônicas .....	73
<b>Anexo</b> - Novas Estratégias de Tratamento: Evidências em Estudos de Caso e Ensaio Randomizados .....	95

Esse relatório foi elaborado sob a direção de JoAnne Epping-Jordan, Atenção à Saúde para Condições Crônicas. É o primeiro componente chave de uma estratégia envolvendo três projetos da OMS que visam aperfeiçoar os mecanismos de prevenção e controle de condições crônicas nos sistemas de saúde. Esse trabalho foi realizado sob a supervisão de Rafael Bengoa, Diretor, Gerenciamento de Doenças Não Transmissíveis, e Derek Yach, Diretor Executivo, Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental.

Os três projetos da OMS sobre serviços de saúde para condições crônicas relacionados a essa estratégia são:

- Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (responsável: JoAnne Epping-Jordan).
- Estratégias de Melhoria da Aderência (responsável: Eduardo Sabaté).
- Atenção Primária para Condições Crônicas (responsável: Rania Kawar).

O suporte técnico a esse relatório foi prestado por toda a equipe que atua no programa de condições crônicas da OMS e inúmeros funcionários da OMS, além do apoio administrativo de Elmira Adenova, Atenção à Saúde para Condições Crônicas.

**Equipe de Redação:** Sheri Pruitt (redator principal); Steve Annandale, JoAnne Epping-Jordan, Jesús M. Fernández Díaz, Mahmud Khan, Adnan Kisa, Joshua Klapow, Roberto Nuño Solinis, Srinath Reddy e Ed Wagner (redatores de apoio).

**Colaboraram com exemplos de caso:** Shitaye Alemu, Fu Hua, David Green, Desiree Narvaez, Jean Penny, Masoud Pezeshkian, Prema Ramachandran, Pat Rutherford e Judith Sefiwa

**Preparação e Facilitação da Reunião sobre CICC:** Peter Key

**Desenho Gráfico:** Laurence Head

A OMS gostaria de expressar sua imensa gratidão aos inúmeros tomadores de decisão, representantes de serviços de saúde e outros especialistas que dedicaram seu tempo para tecer comentários e dar sugestões sobre este relatório em diferentes estágios.

**A elaboração desta publicação foi viabilizada graças ao extenso apoio financeiro dos governos da Finlândia, Noruega e Suíça.**

# Introdução

O *Relatório da Comissão de macroeconomia e Saúde* e o relatório intitulado *Scaling Up the Response to Infectious Disease: A way out of Poverty* da OMS demonstraram os incontroversos liames entre saúde e desenvolvimento econômico e registraram as crescentes necessidades de cuidados de saúde para doenças infecciosas como HIV/AIDS e tuberculose. Via de regra, o gerenciamento de todas as condições crônicas – doenças não transmissíveis, distúrbios mentais de longo prazo e algumas doenças transmissíveis como HIV/AIDS – é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo.

Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem.

Ao reconhecer a oportunidade de melhorar os serviços de saúde para as condições crônicas, a OMS lançou o projeto *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas*. Durante a primeira fase deste projeto, as melhores práticas e os modelos de atenção à saúde com custos acessíveis foram identificados, analisados e compendiados. Diversos especialistas, organizações e instituições internacionais participaram do processo.

Esta publicação apresenta o resultado dessa iniciativa: um modelo abrangente para atualizar os serviços de saúde com vistas a tratar as condições crônicas. Os componentes estruturais aqui propostos e a estrutura apresentada são relevantes tanto para a prevenção quanto para o gerenciamento de doenças em todos os âmbitos da saúde. Isso se torna especialmente importante dado o fato de a maioria das condições crônicas poder ser evitada.

Em um encontro internacional de avaliação, tomadores de decisão analisaram essas estratégias, bem como toda a estrutura a fim de se prepararem para qualquer situação inesperada que deva ser enfrentada por países em desenvolvimento, incluindo a epidemia de HIV/AIDS, a evasão de recursos humanos capacitados para o setor privado, um colapso geral da economia e uma mudança do governo. Os participantes também reconheceram que o modelo apresentado é aplicável a uma gama de condições crônicas, incluindo HIV/AIDS, tuberculose, doenças cardiovasculares, diabetes e distúrbios mentais de longo prazo.

As próximas fases incluem a execução de projetos pilotos em países para a implementação das estratégias descritas neste relatório. Esse processo será concluído em colaboração estrita de parcerias da área de saúde pública.

O presente relatório representa um passo importante para o preparo dos responsáveis pela elaboração de políticas, dos planejadores do setor saúde e de outros agentes relevantes para o empreendimento de ações que visem a redução das ameaças impostas pelas condições crônicas à população, aos sistemas de saúde e às economias.

Derek Yach  
Diretor Executivo, Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental



Foto: WHO / PAHO

# Resumo Executivo

O vertiginoso aumento das condições crônicas, incluindo as doenças não transmissíveis, os distúrbios mentais e certas doenças transmissíveis como HIV/AIDS, exige medidas audaciosas. A Organização Mundial da Saúde elaborou este relatório para alertar os tomadores de decisão em todo o mundo acerca dessas importantes mudanças na saúde em termos globais e apresentar soluções para o gerenciamento desse problema. Cada tomador de decisão tem condições de aumentar a capacidade de seu sistema de saúde para lidar com o crescente problema das condições crônicas. O futuro depende da escolha feita hoje.

Este relatório sobre condições crônicas é voltado não apenas aos tomadores de decisão do setor saúde, mas também aos indivíduos que demonstrem interesse e competência para modificar os sistemas de saúde em níveis nacional e local (como os Ministros da Fazenda e Planejamento, doadores e agências de desenvolvimento). Os dados reportados são oportunos e pertinentes para qualquer país, independente da situação em que se encontre.

Os avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência condições crônicas como o diabetes, doenças cardiovasculares, HIV/AIDS e câncer. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem basicamente no nível de atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente melhorar a atenção primária. Um sistema de atenção primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/AIDS, o diabetes e a depressão irá se tornar obsoleto em pouco tempo. De fato, a atenção primária deve ser reforçada para melhor prevenir e gerenciar as condições crônicas.

O incremento da atenção dispensada às condições crônicas também se traduz em um enfoque na aderência a tratamentos de longo prazo. Os pacientes com HIV/AIDS, tuberculose, diabetes, hipertensão e outras condições crônicas geralmente têm de tomar medicamentos essenciais que fazem parte do esquema de gerenciamento do agravo. No entanto, a adesão a tratamentos de longo prazo é extremamente baixa. Embora a culpa pelo não seguimento dos esquemas prescritos seja imputada aos pacientes, a não adesão constitui fundamentalmente uma falha do sistema de saúde. A atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes.

Os tomadores de decisão podem adotar medidas que reduzirão as ameaças impostas pelas condições crônicas à saúde da população, aos sistemas de saúde e às economias. As ações empreendidas por esses agentes no tocante ao financiamento, alocação de recursos e planejamento do sistema de saúde podem reduzir substancialmente os efeitos negativos dos problemas crônicos. Dispondo de conhecimentos essenciais para melhorar a atenção à saúde, os tomadores de decisão podem fazer a diferença.

## **Os oito elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas serão descritos a seguir.**

### **1. Apoiar uma mudança de paradigma**

O sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos e episódicos que não mais atende as necessidades de muitos pacientes, especialmente aqueles que apresentam condições crônicas. Decréscimos nas doenças transmissíveis e o rápido envelhecimento da população, bem como a ascensão das condições crônicas, produziram esse descompasso entre os problemas de saúde e os sistemas. Pacientes, trabalhadores da saúde e, sobretudo, tomadores de decisão precisam reconhecer que o tratamento eficaz das condições crônicas requer um tipo diferente de sistema de saúde. Os problemas crônicos mais preponderantes, como diabetes, asma, doenças cardíacas e depressão, exigem contato regular e extenso durante o tratamento. Uma mudança de paradigma aumentará de forma substancial os esforços para solucionar o problema do gerenciamento das necessidades distintas dos pacientes ante os limitados recursos. Mediante inovação, os sistemas de saúde que dispõem de recursos escassos ou praticamente inexistentes poderão maximizar os resultados, redirecionando seus serviços com o intuito de englobar as condições crônicas.



## 2. Gerenciar o ambiente político

A elaboração de políticas e o planejamento de serviços ocorrem inevitavelmente em um contexto político. Os responsáveis pelas decisões políticas, líderes da área de saúde, pacientes, famílias e membros da comunidade, assim como as organizações que os representam, precisam ser considerados. Cada grupo terá seus próprios valores, interesses e âmbito de influência. Para que haja uma transformação favorável no tratamento das condições crônicas, é primordial fomentar o intercâmbio de informações e formar um consenso e um comprometimento político entre os envolvidos em cada estágio.

## 3. Desenvolver um sistema de saúde integrado

Os sistemas de saúde precisam se resguardar contra a fragmentação dos serviços. O tratamento das condições crônicas requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários e os prestadores e através do tempo (a partir do contato inicial com o paciente). A integração também inclui a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema (e.g. serviços de internação, ambulatorial e farmacêutico), incluindo iniciativas de prevenção e incorporando os recursos da comunidade que podem nivelar os serviços gerais de saúde. Os resultados dos serviços integrados são saúde melhorada, menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes.

## 4. Alinhar políticas setoriais para a saúde

As autoridades das diferentes esferas do governo elaboram políticas e estratégias que têm efeito sobre a saúde. As políticas de todos os setores precisam ser analisadas e alinhadas para maximizar os resultados da saúde. O sistema de saúde pode e deve estar alinhado às práticas do trabalho (e.g., garantindo ambientes seguros), a regulamentações agrícolas (e.g., supervisionar o uso de pesticida), à educação (e.g., ensinando a promoção da saúde nas escolas) e a estruturas legislativas mais amplas.

## 5. Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde

Os prestadores de serviços, o pessoal da área de saúde pública e aqueles que apóiam organizações de saúde precisam de novos modelos de equipe de saúde e perícia para administrar as condições crônicas. Habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são necessárias para auxiliar os pacientes com problemas crônicos. Evidentemente, os trabalhadores da saúde não precisam ter formação universitária em medicina para prestar tais serviços. O pessoal da área de saúde com menos educação formal e voluntários treinados possuem funções essenciais a desempenhar.

## 6. Centralizar o tratamento no paciente e na família

Uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, o papel central e a responsabilidade do paciente devem ser enfatizados no sistema de saúde. Esse tipo de foco no paciente constitui-se em uma

importante mudança na prática clínica vigente. No momento, os sistemas relegam o paciente ao papel de receptor passivo do tratamento, perdendo a oportunidade de tirar proveito do que esse paciente pode fazer para promover sua própria saúde. O tratamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do paciente e da família.

## **7. Apoiar os pacientes em suas comunidades**

O tratamento para pacientes que apresentam condições crônicas não termina nem começa na porta da clínica. Precisa se estender para além dos limites da clínica e permear o ambiente doméstico e de trabalho dos pacientes. Para gerenciar com sucesso as condições crônicas, os pacientes e seus familiares precisam de auxílio e apoio de outras instituições nas comunidades. Além disso, as comunidades podem preencher uma lacuna crucial nos serviços de saúde que não são fornecidos por um sistema de saúde organizado.

## **8. Enfatizar a prevenção**

A maioria das condições crônicas é evitável e muitas de suas complicações podem ser prevenidas. As estratégias para minimizar o surgimento das condições crônicas e complicações decorrentes incluem detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e restrição do consumo excessivo de alimentos não saudáveis. A prevenção deve ser um componente precípua em toda interação com o paciente.

## **Estrutura do Relatório**

A **Seção 1** apresenta ao leitor o termo “condições crônicas”, que abarca os problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento. O diabetes, doença cardíaca, depressão, esquizofrenia, HIV/AIDS e algumas deficiências físicas permanentes entram nessa categoria. Essa seção descreve em linhas gerais as justificativas para uma definição atualizada e uma conceituação do que constitui uma condição crônica.

As condições crônicas estão aumentando em todo o mundo. Em virtude dos progressos da saúde pública, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de pacientes vive por décadas com uma ou mais condições crônicas. A urbanização, a adoção de estilos de vida pouco salutares e a comercialização mundial de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, são outros fatores que contribuem para a exacerbação desses agravos. Isso impõe novas demandas de longo prazo aos sistemas de saúde. Caso não sejam adequadamente gerenciadas, as condições crônicas não só serão a causa primeira de incapacidades em todo o mundo até o ano 2020, mas também se tornarão os problemas de saúde mais dispendiosos para os nossos sistemas de saúde. Nesse sentido, elas representam uma ameaça a todos os países em termos de saúde e economia. As condições crônicas são interdependentes e estão relacionadas à pobreza; elas dificultam a prestação de serviços de saúde em países em desenvolvimento que enfrentam as inconclusas agendas de saúde voltadas para doenças infecciosas agudas, subnutrição e saúde materna.

A **Seção 2** trata dos déficits dos sistemas de saúde atuais para gerenciar com êxito as condições crônicas. Os sistemas de saúde desenvolveram-se em torno do conceito de doenças infecciosas, por isso têm melhor desempenho em casos episódicos e emergenciais.

No entanto, o paradigma de tratamento agudo não mais se apresenta adequado para os problemas mundiais de saúde que estão em contínua evolução nos dias de hoje. Tantos os países com altas rendas quanto os mais pobres gastam bilhões de dólares com internações hospitalares desnecessárias, tecnologias caras e uma infinidade de informações clínicas inúteis. Enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas de saúde, os gastos continuarão a subir sem, contudo, proporcionar melhorias na saúde da população.

Os níveis micro, meso e macro do sistema referem-se respectivamente ao âmbito de interação do paciente, da organização de saúde e comunidade, e da política. É de suma importância desenvolver cada um desses níveis. Maior consideração aos comportamentos do paciente e o diálogo entre os profissionais da saúde são vitais para melhorar a atenção às condições crônicas, cuja prática deve ser orientada com base em evidências científicas. Os recursos comunitários devem estar integrados para gerar ganhos significativos. As organizações de saúde devem racionalizar os serviços, capacitar os profissionais da área, enfatizar a prevenção e estabelecer sistemas de busca de informações a fim de fornecer uma atenção planejada para complicações previsíveis. Os governos precisam tomar decisões informadas em nome da população e estabelecer padrões de qualidade e incentivos em saúde. O financiamento deve ser coordenado e os liames intersetoriais fortalecidos.

A **Seção 3** apresenta um novo modelo de sistemas de saúde para condições crônicas. A estrutura dos *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas* compreende elementos fundamentais no plano de interação do paciente (nível micro), dos prestadores de serviço e comunidade (nível meso) e da política (nível macro). Esses elementos são descritos como “componentes estruturais” que podem ser utilizados para criar ou redesenhar um sistema de saúde capaz de gerir com maior eficácia os problemas de saúde de longo prazo. Os tomadores de decisão podem utilizar esses componentes para desenvolver novos sistemas, iniciar mudanças naqueles já existentes ou elaborar planos estratégicos para sistemas prospectivos. Vários países implementaram programas inovadores para condições crônicas usando os componentes desse modelo. Essas iniciativas são apresentadas como provas de êxitos obtidos *in loco*.

A estrutura desse novo modelo para condições crônicas está centrada no pressuposto de que excelentes resultados são obtidos quando há harmonia entre os três componentes básicos. Isso implica uma parceria entre pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e pessoal de apoio da comunidade. Essa tríade funciona com mais eficiência ainda quando cada membro é informado, motivado e capacitado para gerenciar as condições crônicas, mantendo um diálogo aberto e colaborando com os outros membros da tríade em todos os níveis de atenção. A tríade é influenciada e apoiada por organizações de saúde mais abrangentes, pela comunidade em geral e pelo ambiente político. Quando a integração dos componentes é perfeita, o paciente e a família se tornam participantes ativos no tratamento das condições crônicas, apoiados pela comunidade e pela equipe de saúde.

A **Seção 4** traz estratégias específicas para criar novas formas de tratamento para as condições crônicas. São apresentados oito elementos essenciais para a melhoria do tratamento, bem como estratégias que auxiliam os tomadores de decisão a definir por onde devem começar as mudanças.

A escassez de recursos para a atenção à saúde constitui um problema na maioria dos setores. No entanto, há mecanismos de financiamento que podem ser levados em consideração para gerar novos recursos para o tratamento das condições crônicas. Os tomadores de decisão também podem maximizar os resultados por meio da aplicação de recursos existentes para assegurar um tratamento mais equitativo e eficaz. Ao se gerenciar as condições crônicas de forma integral, o agravamento dos sintomas agudos pode ser minimizado, levando a um tratamento mais eficiente.

Independentemente do nível de recurso, cada sistema de saúde tem o potencial para promover melhorias significativas no tratamento das condições crônicas. Os recursos são necessários, mas não essenciais para o sucesso. A liderança, combinada com a vontade de promover mudança e inovação, terá muito mais impacto que a simples injeção de capital em sistemas de saúde já ineficazes.

O **Anexo** apresenta exemplos extraídos da literatura científica sobre resultados favoráveis associados a programas inovadores. Essas evidências obtidas em estudos de caso e ensaios randomizados são irrefutáveis mesmo nos estágios iniciais de desenvolvimento. Todos os interessados em melhorar o tratamento dado às condições crônicas ou apresentar argumentos persuasivos sobre a eficácia de novas abordagens podem se beneficiar da análise desses estudos. As evidências indicam que os programas inovadores aperfeiçoam os indicadores biológicos de doenças (i) reduzem os óbitos, (ii) poupam dinheiro e recursos da saúde, (iii) modificam o estilo de vida dos pacientes e as capacidades de autogerenciamento, (iv) melhoram o funcionamento, a produtividade e a qualidade de vida e (v) melhoram os processos de atenção.

## Resumo

Não haverá termo para as condições crônicas; elas constituem o desafio do setor saúde neste século. Para mudar o seu curso, é preciso grande empenho dos tomadores de decisão e líderes em saúde de todos os países do mundo. Felizmente, dispõe-se de estratégias conhecidas e eficazes para restringir o aparecimento e reduzir o impacto negativo desses agravos.

A solução está em adotar uma nova forma de encarar e gerenciar as condições crônicas. Mediante inovação, os sistemas de saúde que dispõem de recursos escassos ou praticamente inexistentes poderão maximizar os resultados, reorientando os modelos antes voltados a problemas agudos para o atendimento das condições crônicas. Vários países estão fazendo essa mudança e iniciando o desenvolvimento de programas inovadores para condições crônicas.

Pequenos passos são tão importantes quanto a mudança de todo o sistema. Aqueles que procedem a mudanças, pequenas ou grandes, estão se beneficiando hoje e criando as bases para o sucesso no futuro.



# 1. Condições Crônicas: O Desafio da Saúde no Século 21

As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (e.g., HIV/AIDS) e não transmissíveis (e.g., doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (e.g., amputações, cegueira e transtornos das articulações) embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas.

As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes:

- estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas.
- representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes.
- causam sérias conseqüências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país.
- podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações.

## Uma definição nova e abrangente das condições crônicas

O termo “condições crônicas” abarca tanto as “doenças não transmissíveis” (e.g., doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma) quanto inúmeras transmissíveis, como o HIV/AIDS, doença que há dez anos era sinônimo de provável óbito. No entanto, em função dos avanços na ciência médica, o HIV/AIDS se tornou um problema de saúde com o qual as pessoas podem conviver e gerenciar com eficácia durante anos. A tuberculose (TB) é outro exemplo de doença infecciosa ou transmissível que também pode ser tratada graças aos progressos da medicina. Embora a maioria dos casos de tuberculose possam ser curados, um determinado número de pessoas a gerenciam por mais tempo com o auxílio do sistema de saúde.

Quando as doenças transmissíveis se tornam crônicas, essa delimitação entre transmissível e não transmissível se torna artificial e desnecessária. De fato, a distinção transmissível/ não transmissível pode não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever o espectro dos problemas de saúde.

A inclusão de distúrbios mentais e deficiências físicas alarga os conceitos tradicionais de condição crônica. A depressão e a esquizofrenia são exemplos de distúrbios que, via de regra, se tornam crônicos. Eles aumentam e diminuem em termos de gravidade e demandam monitoramento e gerenciamento de longo prazo. Em relação às incapacidades causadas pelas condições crônicas, a depressão é um ponto preocupante porque se estima que até o ano 2020 ela só será superada pelas doenças cardíacas. Os impactos pessoais, sociais e econômicos causados pela depressão serão significativos. Deficiências físicas ou “problemas estruturais”, incluindo a cegueira ou amputação, são quase sempre causados por falta de prevenção ou de gerenciamento das condições crônicas. Independente da causa, elas constituem-se condições crônicas e exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por um período de tempo. Problemas de saúde constantes, decorrentes de causas distintas, incluem-se na categoria das condições crônicas também.

Em suma, as condições crônicas não são mais vistas da forma tradicional (e.g., limitadas às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares. De fato, estratégias comparáveis de gerenciamento são eficazes para todas as condições crônicas, o que as torna aparentemente mais similares. As condições crônicas, então, abarcam:

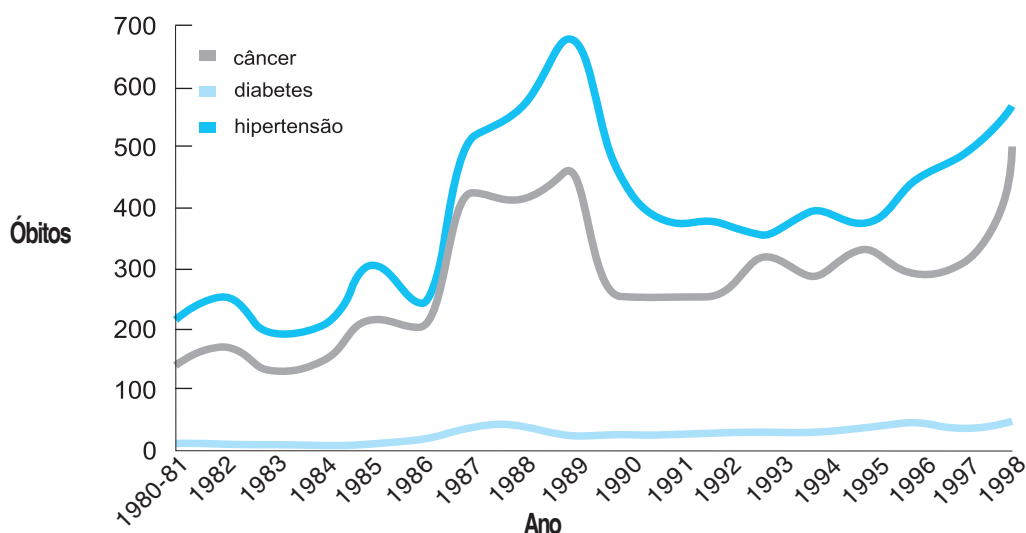
- condições não transmissíveis;
- condições transmissíveis persistentes;
- distúrbios mentais de longo prazo;
- deficiências físicas/ estruturais contínuas.

## As condições crônicas estão em ascensão

As condições crônicas estão aumentando em um ritmo alarmante. A ascensão das doenças não transmissíveis e dos distúrbios mentais é o que mais preocupa, pois esses agravos pesam no orçamento de países ricos e pobres. Essa mudança inegável dos problemas de saúde (de doenças infecciosas e perinatais para problemas crônicos) tem muito mais implicações e traz ameaças previsíveis e significativas para todos os países.



## Tendências de mortalidade por câncer, diabetes e hipertensão em Botsuana



Fonte: Ministério da Saúde de Botsuana, Divisão de Serviços de Saúde Comunitários, Unidade de Controle Epidemiológico e de Doenças.

As condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e as tendências para os países em desenvolvimento prevêem uma situação similar. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumentos das condições crônicas em todo o mundo.

## Evidência epidemiológica

As condições crônicas estão aumentando em ritmo acelerado no mundo, sem distinção de região ou classe social. Tomemos as condições não transmissíveis comuns como um exemplo desse aumento exponencial. As condições não transmissíveis e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e, em 2000, constituíram 46% da carga global de doenças. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, depressão e câncer.

**A** até o ano 2020, as condições crônicas, incluindo lesões (como as causadas por acidentes de trânsito que resultam em invalidez permanente) e os distúrbios mentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento.

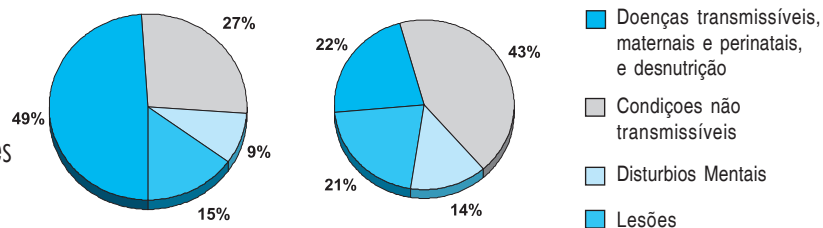
Países de renda baixa e média são os que mais contribuem para o aumento na carga das condições não transmissíveis. Na China ou Índia, isoladamente, existem mais óbitos atribuídos a cardiopatias do que em quaisquer outros países industrializados combinados. De fato, em 1998, 77% do total de óbitos em decorrência de condições não transmissíveis ocorreram em regiões de renda baixa e média, bem como 85% da carga global de doença. Infelizmente, esses países enfrentam o grande impacto das condições crônicas enquanto continuam a lidar com doenças infecciosas agudas, desnutrição e problemas relacionados à saúde materna.

### Principais causas de mortalidade por região, 2000 (Ordem de classificação)

	AFRO	ANRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO
Doença isquêmica do coração	8	1	1	1	1	3
Doença cardiovascular	9	2	5	2	5	1
Câncer de traquéia, brônquios, pulmão		4		3		5
Diabetes Mellitus		5	12	12	14	
DPOC	3	6	15	5	9	2
Doenças hipertensivas		10	10	10	12	11
HIV/AIDS	1				8	
TB	7		6		6	9
Malária	3					
Infecções respiratórias agudas	2	3	2	4	2	4

Fonte: Relatório Mundial da Saúde, 2001. \* Apenas as 15 principais causas foram consideradas.

Carga global de doença 1990 - 2020 por grupo de enfermidade em países em desenvolvimento



Fonte: Murray & Lopez, Carga Global de Doenças, 1996.

O aumento da incidência de diabetes em países em desenvolvimento é particularmente preocupante. Essa condição crônica é o principal fator de risco para cardiopatia e doença cérebro-vascular e, normalmente, ocorre associada à hipertensão - outro importante fator de risco para problemas crônicos. Os países em desenvolvimento contribuem com  $\frac{3}{4}$  da carga global de diabetes. Em 1995, havia 135 milhões de diabéticos; as projeções indicam que esse número irá atingir 300 milhões no ano 2025. Tudo indica que a Índia terá um aumento duas vezes maior.

*King H, et al. Global burden of diabetes, 1995-2025. Diabetes Care 1998;21:1414-1431.*

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no *ranking* das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica.

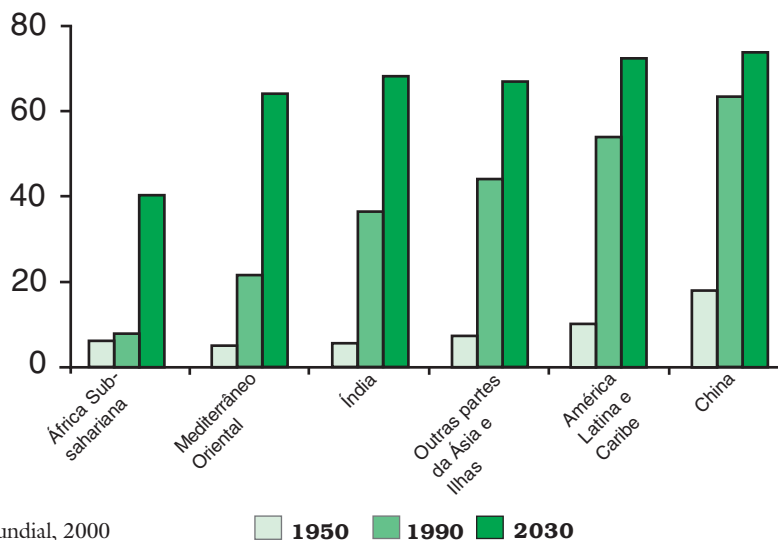
**O que é um DALY? Em se tratando de problemas de saúde prolongados e suas decorrentes incapacidades, mensurar a “carga global de doenças” é uma forma significativa de examinar a magnitude relacionada. Essa metodologia utiliza um indicador denominado DALY - sigla em inglês para anos de vida ajustados pela incapacidade - para quantificar o número de óbitos prematuros e de incapacidade. Um DALY corresponde a um ano perdido de vida saudável. A carga de doença, por sua vez, é considerada a diferença entre o estado real de saúde de uma população e um estado ideal de envelhecimento saudável sem incapacidade.**

## Transição Demográfica

Em todo o mundo, as taxas de natalidade estão recuando, as expectativas de vida avançando e as populações envelhecendo. Na década de cinquenta, por exemplo, o número de filhos que uma mulher teria, em média, era seis; hoje a taxa de fecundidade total diminuiu para três. Além disso, neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 a 40 anos em países desenvolvidos. Essa longevidade deve-se, em parte, aos avanços científico e tecnológico, bem como a uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos.

Uma conseqüência dessa mudança demográfica é o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde. Enquanto há uma queda na taxa de mortalidade infantil e um aumento nas expectativas de vida e na possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos, as condições crônicas tornam-se mais expressivas.

Idade média de óbito nas regiões do mundo



Fonte: Dados do Banco Mundial, 2000

Todas as regiões do mundo podem prognosticar transições semelhantes na dinâmica populacional e nos problemas de saúde. Contudo, o período em que essas mudanças ocorrerão irá diferir de região para região. Haverá uma mudança contínua no equilíbrio relativo das condições crônicas e agudas aliada a progressivos aumentos na prevalência de transtornos prolongados, a menos que esses agravos sejam evitados. Em outras palavras, aumentos na longevidade não levam inevitavelmente a maiores taxas de condições crônicas; porém, são necessárias ações para prevenir o aparecimento de problemas crônicos.

### **Mudanças nos padrões de consumo e no estilo de vida**

Os fatores de risco modificáveis para as condições crônicas, tais como cardiopatias, doença cérebro-vascular, diabetes, HIV/AIDS e câncer, são bastante conhecidos. Em verdade, o estilo de vida e o comportamento são elementos determinantes para essas patologias, pois podem prevenir, iniciar, ou agravar esses problemas e as complicações decorrentes. Comportamentos e padrões de consumo não saudáveis implicam de forma predominante no surgimento das condições crônicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas, práticas sexuais de alto-risco e estresse social descontrolado são as principais causas e fatores de risco para as condições crônicas. Infelizmente, o mundo está passando por uma transformação incontestável em virtude desses comportamentos prejudiciais à saúde.

O tabagismo é um exemplo flagrante dos efeitos comportamentais sobre a saúde. Constitui uma das principais ameaças à saúde e suas conseqüências negativas são reconhecidas há mais de quatro décadas. O hábito de fumar causa inúmeras condições crônicas, incluindo cardiopatia, derrame, câncer e problemas respiratórios crônicos. Há evidências claras de que esse hábito está associado à morte prematura e incapacidade; todavia, há pouca divulgação sobre o fato de que fumar é prejudicial à saúde. Além disso, os sistemas de controle do tabaco são inadequados na maior parte do mundo. De

fato, se por um lado o consumo de cigarro diminuiu em países desenvolvidos, por outro está aumentando nos países em desenvolvimento em cerca de 3,4% a cada ano. Dessa forma, 82% dos fumantes são oriundos de países de renda baixa e média. No momento, o tabagismo é responsável por aproximadamente quatro milhões de óbitos por ano no mundo. Dez milhões de óbitos irão ocorrer a cada ano até o ano 2030, e mais de 70% dessas mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento.

**O tabagismo irá causar mais óbitos do que qualquer outro motivo e os sistemas de saúde não serão capazes de financiar a longa e onerosa assistência que isso implicará.**

*Dra. Gro Harlem Brundtland, Assembléia Mundial de Saúde*

Mudanças não saudáveis nos hábitos alimentares, sedentarismo e uso crescente de drogas ilícitas podem parecer de menor importância frente aos danos causados pelo fumo. Não obstante, essas mudanças negativas no estilo de vida estão se propagando no mundo e devem ser tratadas com extrema seriedade no que concerne aos problemas crônicos de saúde. Todos esses comportamentos prejudiciais mencionados acima são reconhecidos como fatores de risco para uma variedade de problemas crônicos, incluindo doença cardiovascular, diabetes e derrame. Cada vez mais, a dieta alimentar é reconhecida como um determinante fundamental para problemas crônicos de saúde.

### **Urbanização e marketing mundial**

O termo “doenças da urbanização” é atribuído às condições crônicas e surgiu em função do crescente número de pessoas que migram para áreas urbanas. Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países industrializados dobrou e a dos países em desenvolvimento quadruplicou. Os centros urbanos de nações em desenvolvimento, que já possuem conjuntos de habitações populares ilegais onde vivem populações carentes, contribuíram com um adicional de 750 milhões de pessoas entre os anos de 1985 e 2000. O problema desse crescimento acelerado é a falta de meios e serviços para o “pobre urbano”, os quais são essenciais para uma boa saúde. Essas deficiências envolvem habitação, infra-estrutura (e.g., estradas, água encanada, saneamento, sistema de esgoto e eletricidade), além de serviços básicos (e.g, coleta de lixo doméstico, atenção primária à saúde, educação e serviços emergenciais de resgate).

Paralelo à migração populacional do campo para as cidades, verifica-se um extraordinário aumento na propaganda e promoção de produtos nocivos à saúde nos países em desenvolvimento. Essas regiões são mercados atrativos para as indústrias que comercializam produtos prejudiciais à saúde. Indústrias de cigarro, álcool e alimentos identificaram países em que as regulamentações nacionais e os programas de educação em saúde pública são ineficazes ou, em muitos casos, inexistem. Países vulneráveis são os principais alvos para estratégias de marketing criativas que, em muitos casos, parecem tirar proveito da privação social. A combinação de privação e exposição precoce a produtos prejudiciais afigura-se especialmente rentável para empresas que comercializam matérias-primas nocivas. Infelizmente, o sucesso dessas campanhas de marketing é proporcional à devastação que acarretam à saúde, à economia e ao bem-estar social dos países e suas populações.

**A**s indústrias de cigarro visam países pobres onde as campanhas de educação em saúde pública são ineficazes ou inexistem.

## Qual o impacto das condições crônicas?

### Impacto econômico: todos pagam o preço

Os encargos de saúde tornam-se excessivos quando as condições crônicas são mal gerenciadas. Todavia, o impacto dos problemas crônicos de saúde vão muito além dos gastos normais relacionados ao tratamento médico. Sob uma perspectiva econômica, todos pagam o preço:

- Pacientes (e famílias) pagam os custos econômicos mensuráveis, incluindo despesas relacionadas aos serviços médicos, redução da atividade laboral e perda do emprego. Além disso, os pacientes (e famílias) incorrem em ônus, tais como incapacidade em consequência da doença, redução do tempo e da qualidade de vida, que tornam irrealizáveis cálculos financeiros precisos.
- Organizações de assistência à saúde pagam a maior parte das obrigações referentes ao atendimento médico, além de cobrir diversas despesas embutidas no custo do tratamento.
- Profissionais da saúde sentem-se frustrados em relação à sua atividade profissional e ao trabalho de gerenciamento das condições crônicas, e os administradores dos serviços de saúde estão insatisfeitos com os resultados dos serviços e o desperdício de recursos.
- Governos, empregadores e sociedades padecem em virtude da perda de mão-de-obra devido a óbitos, incapacidade e morbidade relacionada às condições crônicas. Além disso, as condições crônicas resultam em grandes perdas em produtividade.

**C**oeficientes de prevalência de HIV de 10-15%, que são bastante comuns atualmente, podem se traduzir em uma redução na taxa de crescimento do PIB per capita de até 1% ao ano. A tuberculose (TB) produz encargos econômicos equivalentes a US\$ 12 bilhões por ano sobre a renda de comunidades pobres.

Os estudos apresentados a seguir abordam os encargos relacionados às condições crônicas. Esses estudos variam em termos de método e padrão de rigor. Contudo, os resultados demonstram de forma clara os altos custos econômicos vinculados a essas condições crônicas.

### Custo da asma em Singapura.

Os custos do tratamento da asma constituem 1,3% do custo total da saúde nesse país (i.e., US\$ 33,93 milhões por ano).

*Chew FT, Goh DY, Lee BW. The economic cost of asthma in Singapore. Aust N Z J Med 1999;29(2):228-33.*

## Custo da asma na Estônia

A asma absorve 1,4% dos custos diretos da atenção, ou seja, 2,1 milhões de EUR. As despesas com medicamentos equivalem a 53% desse total.

*Kiivet RA, Kaur I, Lang A, Aaviksoo A, Nirk L. Costs of asthma treatment in Estonia. Eur J Public Health 2001;11(1):89-92.*

## Custo de doenças cardíacas nos EUA

Os custos diretos do tratamento de doenças cardíacas importam em US\$ 478 por pessoa a cada ano. Os indiretos, incluindo afastamento temporário do trabalho e perda em produtividade, incidem em US\$ 3.013 anuais sobre a renda doméstica. Se considerarmos que todas essas pessoas estão empregadas, isso se traduz em um montante estimado em US\$ 6,45 bilhões em perda de produtividade a cada ano.

*Hodgson TA, Cohen AJ. Medical expenditures for major diseases, 1995. Health Care Financ Rev. 1999;21(2):119-64.*

## Custo do diabetes em Taiwan, China

Mais de 2% da população têm diagnóstico de diabetes. Em 1997, os custos diretos da atenção a essa doença representavam 11,5% do custo total nesse país, sendo 4,3 vezes maior que o custo médio do tratamento de indivíduos não diabéticos.

*Lin T, Chou P, Lai M, Tsai S, Tai T. Direct costs-of-illness of patients with diabetes mellitus in Taiwan. Diabetes Res Clin Pract 2001;54:Suppl 1.*

## Custo do diabetes na Índia

Aproximadamente 20 milhões de pessoas têm diagnóstico de diabetes na Índia. O custo anual de atenção para essa população é estimado em US\$ 2,2 bilhões.

*Shobhana R, Rama Rao P, Lavanya A, Williams R, Vijay V, Ramachandran A. Expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country—a study from southern India. Diabetes Res Clin Pract 2000;48(1):37-42.*

## Custo de HIV/AIDS na Costa do Marfim

Em 1996, foi feita uma estimativa dos custos diretos do tratamento de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV e de crianças infectadas pelo vírus nesse país. O custo médio anual do tratamento era 1,671 FF (254 EUR) por criança infectada. Esse valor ultrapassava em 709 FF (108 EUR) o custo médio do tratamento de crianças HIV negativo nascidas de mães HIV positivo. A infecção pelo HIV resultou em um aumento de 74% nos custos do tratamento.

*Giraudon I, Leroy V, Msellati P, Elenga N, Ramon R, Welffens-Ekra C, Dabis F. The costs of treating HIV-infected children in Abidjan, Ivory Coast, 1996-1997. Sante. 1999;9(5):277-81.*

## Custo de HIV/AIDS na Índia

Entre 1986 e 1995, a estimativa de perda de potencial produtivo em razão de HIV/AIDS oscilou entre 8 e 28 milhões. Nesse país, o custo total anual (em bilhões de Rupias) para HIV/AIDS, obtido a partir de estimativas para baixo, médio e alto valores, foi de 6,73, 20,16 e 59,19 respectivamente. Se for considerado o valor mais alto, o custo anual estimado de HIV/AIDS atinge cerca de 1% do PIB da Índia.

*Anand K, Pandav CS, Nath LM. Impact of HIV/AIDS on the national economy of India. Health Policy 1999;47(3):195-205.*

## Custo da hipertensão nos EUA

As despesas médicas relacionadas à hipertensão foram de US\$ 108,8 bilhões em 1998. Isso representa cerca de 12,6% do gasto total do país com atenção à saúde.

*Hodgson TA, Cai L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. Med Care 2001;39(6):599-615.*

**A incapacidade de lidar com as repercussões econômicas das condições crônicas, por meio de uma revisão das políticas e serviços de saúde, põe em risco a prosperidade econômica de todas as nações.**

## Impacto sobre a pobreza: um círculo vicioso

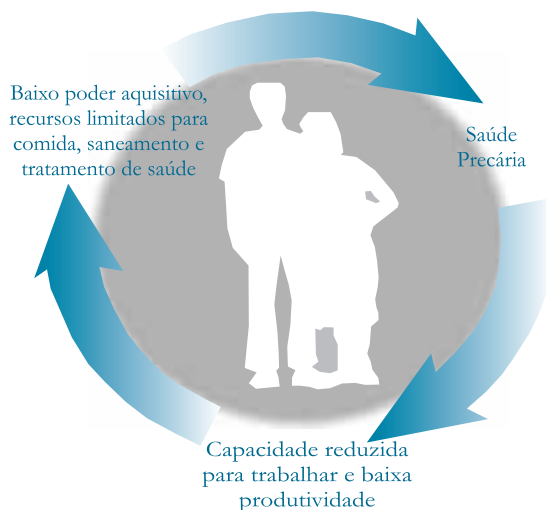
Cerca de 1,2 bilhão de pessoas vivem em extrema pobreza (i.e., com menos de US\$ 1 por dia). Esse grupo apresenta maiores problemas de saúde e, se comparado a grupos com situações financeiras mais favoráveis, corre maior risco de adoecer. Isso se evidencia no fato de doenças como HIV/AIDS e TB afetarem de maneira desproporcional os pobres.

*Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Organização Mundial da Saúde, 2001.*

Mesmo em países ricos, indivíduos que vivem na pobreza estão vulneráveis às condições crônicas. Nos Estados Unidos, por exemplo, crianças oriundas de famílias carentes correm maior risco de apresentarem problemas crônicos. Ao desenvolverem condições crônicas, essas crianças enfrentam barreiras para se tratarem visto que, se comparadas a crianças provenientes de famílias em melhores situações financeiras, é menos provável que possuam plano médico assistencial e que tenham acesso a uma fonte regular de atenção à saúde. Outro aspecto mais preocupante ainda é o fato de crianças pobres acometidas por condições crônicas receberem menos atendimento ambulatorial e utilizarem mais o serviço de internação do que as de famílias mais abastadas.

*Newacheck PW. Poverty and childhood chronic illness. Arch Pediatr Adolesc Med 1994 Nov;148(11):1143-9.*

Os pobres correm o risco de empobrecer ainda mais quando enfrentam problemas de saúde ou uma crise de saúde no ambiente doméstico. Normalmente, estão inseridos em um círculo vicioso de pobreza e saúde precária como se observa no diagrama abaixo.





Esse círculo, que envolve recursos limitados e saúde precária, é difícil de ser quebrado. Em geral, ele se perpetua. Consideremos famílias em que um dos pais apresenta uma condição crônica que o impossibilite de trabalhar. As crianças provenientes dessas famílias correm o risco de ter uma saúde debilitada em virtude da falta de recursos familiares e, quando são acometidas por uma doença, o círculo de pobreza e de problemas crônicos de saúde persiste. Essas crianças que apresentam condições crônicas, quando se tornam adultas, não podem fazer parte da força de trabalho, não podem adquirir recursos e estão impossibilitadas de melhorar a saúde ou reverter sua situação econômica. E assim o círculo prossegue de geração em geração.

## A pobreza favorece as condições crônicas

Para entender melhor a relação entre saúde e pobreza, considere as projeções de aumento das condições crônicas em função da pobreza. Inúmeros fatores sócio-ambientais influenciam e são determinantes cruciais da situação de saúde:

- **Fatores pré-natais.** As gestantes com desnutrição geram crianças que irão apresentar, na idade adulta, condições crônicas como diabetes, hipertensão e doença cardíaca. Pobreza e saúde precária durante a infância também têm relação com condições crônicas na idade adulta, incluindo câncer, doença pulmonar, doença cardiovascular e artrite.

*Law CM, Egger P, Dada O, Delgado H, Kylberg E, Lavin P, Tang GH, von Hertzen H, Shiell AW, Barker DJ. Body size at birth and blood pressure among children in developing countries. Int J Epidemiol. 2001;30(1):52-7.*

*Law CM, de Swiet M, Osmond C, Fayers PM, Barker DJ, Cruddas AM, Fall CH. Initiation of hypertension in utero and its amplification throughout life. BMJ. 1993;306(6869):24-7.*

*Blackwell DL, Hayward MD, Crimmins EM. Does childhood health affect chronic morbidity in later life? Soc Sci Med. 2001;52(8):1269-84.*
- **Envelhecimento.** O papel da idade aparece em estudos de idosos que vivem na pobreza em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No **Kenya**, observa-se que os idosos pobres apresentam saúde debilitada e acesso precário aos serviços de saúde. Outro estudo do **Reino Unido** descobriu que adultos mais velhos apresentam maior risco de disfunção física e não podem pagar pelo tratamento das condições crônicas.

*Lynch JW, Kaplan GA, Shema SJ. Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. N Engl J Med. 1997;337(26):1889-95.*

*Dranga HM. Ageing and poverty in rural Kenya: community perception. East Afr Med 1997; 74(10):611-3.*

*Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. Soc Sci Med. 2001;52(8):1297-311.*
- **Situação Socioeconômica.** Os indivíduos que se encontram em situação socioeconômica mais baixa apresentam risco relativo para esquizofrenia oito vezes maior do que aqueles com situações socioeconômicas mais favoráveis.

*Holzer CE, Shen BM, Swanson JW. The increased risk for specific psychiatric disorders among persons with low socioeconomic status. American Journal of Social Psychiatry, 4, 259-271, 1986*

*Dobrenwed BP, Levav I, Shrout PE, Scwartz S, Naveh G, Link BG. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science 255, 946-952, 1992.*
- **Educação e Desemprego.** Famílias carentes tendem a ter menor grau de escolaridade. No **Brasil**, esse fato tem sido associado a taxas mais altas de distúrbios mentais e, no **Paquistão**, está relacionado a pouco conhecimento sobre as condições crônicas e seu gerenciamento. Além disso, o desemprego tem sido relacionado a problemas de saúde;

as taxas de morbidade e mortalidade são maiores entre os desempregados. Por exemplo, em comparação a pessoas que não apresentam distúrbios mentais, a probabilidade de indivíduos com esquizofrenia estarem desempregados é 4 vezes maior.

Ali M, Khalid GH, Pirkani GS. Level of health education; Buffat J. *Unemployment and health Rev Med Suisse Romande* 2000;120(4):379-83.

Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(3):101-7.

Robins LN, Locke BZ, Regier DA: *An overview of psychiatric disorders in America*. New York, Free Press, 199.

**Uma parcela significativa da saúde precária é decorrente da pobreza e de baixos níveis de escolaridade ou de suas conseqüências diante de uma dieta inadequada ou da falta de saneamento básico ou de outros fatores específicos.**

*Relatório Mundial da Saúde 1999*

- **Ambiente.** Os ambientes em que os pobres vivem e trabalham estão relacionados a piores condições de saúde. Maior exposição a agentes patológicos, maior suscetibilidade e comportamentos pouco saudáveis são circunstâncias que interagem e afetam a condição de saúde desses indivíduos. Isso ocorre tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. O ambiente de trabalho do pobre tende a ser mais extenuante e a colocá-lo em situação de maior risco de traumatismos em virtude de acidentes de trânsito ou de se expor a substâncias nocivas. Nos países em desenvolvimento, em particular, a poluição e a exposição a agentes químicos perigosos estão relacionadas às taxas locais de prevalência de câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias.

Marmot M, Bobak M. *International comparators and poverty and health in Europe*. *BMJ*. 2000;321(7269):1124-8.

Narayan D, Chambers R, Shah KM, Petesch P. *Crying Out for Change*. Published by Oxford University Press for the World Bank, 2000; August.

Cohen D. *Poverty and HIV/AIDS In Sub-Saharan Africa*. *SEPED Conference Paper Series, Number 2, 2000*.

Warden J. *Britain's new health policy recognises poverty as major cause of illness*. *BMJ*. 1998;316(7130):495.

Tomatis L. *Inequalities in cancer risks*. *Semin Oncol*. 2001;28(2):207-9.

Mengesha YA, Bekele A. *Relative chronic effects of different occupational dusts on respiratory indices and health of workers in three Ethiopian factories*. *Am J Ind Med*. 1998;34(4):373-80.

- **Acesso aos serviços de saúde.** Os indivíduos com menor poder aquisitivo, em geral, não têm acesso aos serviços de saúde ou a medidas preventivas que, por sua vez, têm relação com resultados precários de saúde e agravamento das condições crônicas. Frequentemente, a assistência à saúde de grupos indigentes é protelada ou dificultada por causa dos custos. No **Vietnam**, observou-se que os pobres, em comparação aos ricos, retardam o tratamento, utilizam em menor quantidade os serviços públicos de saúde e pagam mais em cada atendimento. No **México**, analogamente, populações pobres recebem atenção inadequada por causa dos obstáculos para o acesso a medicamentos e a profissionais de saúde em decorrência da indisponibilidade desses recursos ou dos custos. Em geral, a assistência preventiva é muito dispendiosa e normalmente não está ao alcance dos pobres, fazendo com que problemas de saúde evitáveis se tornem condições crônicas. Essa relação aplica-se também para países desenvolvidos, como os **EUA**, além de ter sido corroborada

em **Gana** e na **África Sub-sabariana**. Por fim, mesmo quando os serviços de saúde são financiados com fundos públicos, a distância e o tempo de percurso podem excluir os pobres de receberem serviços adequados.

*Ensor T, San PB. Access and payment for health care: the poor of Northern Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11(1):69-83.*

*Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J. How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? Health Policy. 2001;57(1):15-26.*

*Asch SM, Sloss EM, Hogan C, Brook RH, Kravitz RL. Measuring underuse of necessary care among elderly Medicare beneficiaries using inpatient and outpatient claims. JAMA. 2000;284(18):2325-33.*

*Gao J, Tang S, Tolhurst R, Rao K. Changing access to health services in urban China: implications for equity. Health Policy Plan 2001;16(3):302-12.*

*Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. Health Policy Plan 1999;14(4):329-41.*

*Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A, Schmidt-Ebry B. Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. Int J Health Plann Manage 1999;14(2):81-105.*

*Chernichowsky D, Meesook OA. Utilization of health services in Indonesia. Soc Sci Med 1986;23(6):611-20.*

## As condições crônicas favorecem a pobreza

A relação pobreza-condição crônica é bidirecional. Assim como há um percurso que vai da pobreza para as condições crônicas, o oposto também deve ser considerado. A perda de renda, os custos do tratamento e a marginalização em virtude dos problemas crônicos afetam negativamente a situação financeira dos indivíduos acometidos por esses agravos.

- **Perda de renda.** As condições crônicas têm sido relacionadas à incapacidade para o trabalho, à aposentadoria precoce e à redução de produtividade que pode expor os empregados ao risco de perda do emprego. Esse fato tem ocorrido com indivíduos que apresentam problema cardíaco e asma. Além disso, um estudo realizado em **Bangladesh** apontou perdas significativas na renda de indivíduos com tuberculose.

*Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. Annu Rev Public Health 1996;17:449-65.*

*Herrin J, Cangialose CB, Boccuzzi SJ, Weintraub WS, Ballard DJ. Household income losses associated with ischaemic heart disease for US employees. Pharmacoeconomics. 2000;17(3):305-14.*

*Mark DB, Lam LC, Lee KL, Clapp-Channing NE, Williams RB, Pryor DB, Califf RM, Hlatky MA. Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. Circulation 1992;86(5):1485-94.*

*Blanc PD, Trupin L, Eisner M, Earnest G, Katz PP, Israel L, Yelin EH. The work impact of asthma and rhinitis: findings from a population-based survey. J Clin Epidemiol 2001;54(6):610-8.*

*Croft RA, Croft RP. Expenditure and loss of income incurred by tuberculosis patients before reaching effective treatment in Bangladesh. Int J Tuberc Lung Dis 1998;2(3):252-4.*

- **Perda de escolaridade.** Em uma comunidade subdesenvolvida na **África do Sul**, 50% das crianças em idade escolar que tinham pelo menos um dos pais com doença articular crônica não tiveram acesso à escola. Esse percentual foi obtido em comparação a 30% de jovens, que não tinham acesso a escola, cujos pais não tinham doença articular.

*Yach D, Botha JL. Mselini joint disease in 1981: decreased prevalence rates, wider geographic location than before, and socioeconomic impact of an endemic osteoarthritis in an underdeveloped community in South Africa. International Journal of Epidemiology 1985; 14(2):276-84.*

- **Custos do tratamento.** As despesas com o tratamento das condições crônicas podem se tornar exorbitantes quando esses problemas não são bem gerenciados ou prevenidos oportunamente. Por exemplo, Rice et al. estimaram os custos diretos do tratamento de distúrbios mentais crônicos em US\$ 42,5 bilhões por ano.

*Elliott BA, Beattie MK, Kaitfors SE. Health needs of people living below poverty level. Fam Med 2001;33(5):361-6.*

*Rice DP, Kelman S, Miller LS. The economic burden of mental illness. Hosp Community Psychiatry 1992;43(12):1227-32.*

- **Marginalização.** Indivíduos acometidos por condições crônicas estão expostos ao risco de marginalização em suas respectivas comunidades, o que pode resultar em outras limitações no que diz respeito a oportunidades de estudo e emprego. Além disso, o estigma e o abandono estão associados ao agravamento desses problemas de saúde. Mulheres que apresentam condições crônicas estão expostas a um risco ainda maior de prejuízos educacionais, financeiros e físicos.

*Alem A. Mental health services and epidemiology of mental health problems in Ethiopia. Ethiop Med J. 2001;39(2):153-65.*

*Oxaal Z, Cook S. Health and poverty: a gender analysis. BRIDGE Report No. 46, 1998, prepared for the Swedish International Development Agency.*

*Brighton, Winkvist A, Akhtar HZ. God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab, Pakistan. Soc Sci Med 2000;51(1):73-81.*

Em suma, a relação entre pobreza e condições crônicas não se limita à falta de recursos dos indivíduos com menor poder aquisitivo. A educação em saúde e a adoção de comportamentos saudáveis entre os grupos pobres parecem ser deficientes. Por exemplo, considere os custos associados a comportamentos prejudiciais à saúde e estilo de vida não saudável: não fumar custa menos que fumar, ingerir alimentos básicos custa menos que consumir alimentos não saudáveis, e caminhar ou andar de bicicleta custa menos que usar outros meios de transporte. Obviamente, além da falta de recursos, existem outros fatores a serem considerados quando se analisa a relação pobreza -condições crônicas.

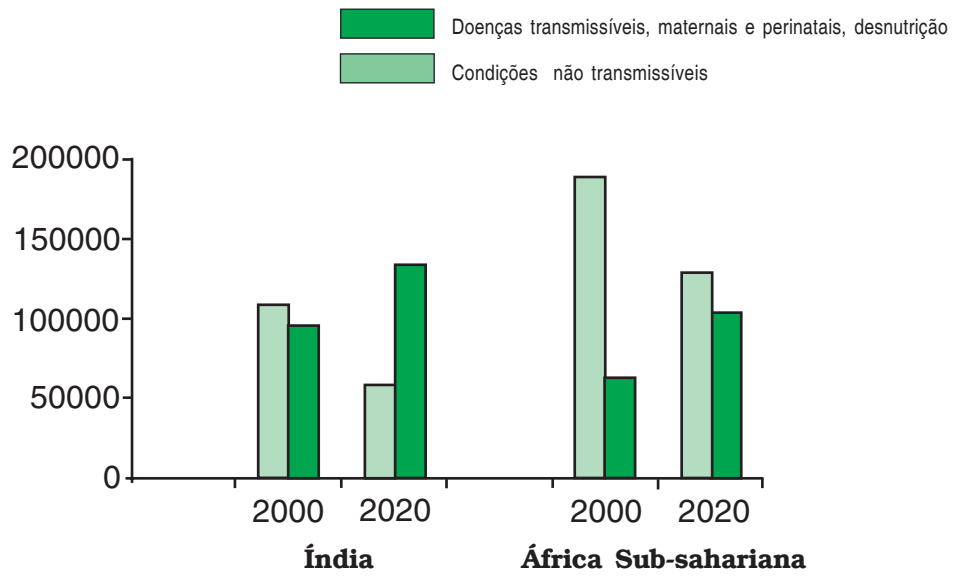
## **Impacto sobre os países em desenvolvimento: “duplo risco”**

Os países em desenvolvimento estão frente a uma situação de “duplo risco”. Enfrentam ao mesmo tempo duas importantes e urgentes preocupações de saúde:

- A persistência de doenças infecciosas, desnutrição e doenças maternas e perinatais.
- A escalada rápida de outras condições crônicas não transmissíveis (e.g., doença cardíaca, depressão e diabetes).

A “carga dupla” de doenças representa um sério desafio para países que estão passando por uma transição relacionada aos problemas de atenção à saúde. É evidente que as doenças infecciosas e a desnutrição necessitam de atenção, mas esses problemas não podem ter precedência sobre a crescente epidemia de outras condições crônicas. Esses dois problemas requerem planos e estratégias acertados. Desse modo, os países que passam por “transformações em saúde” estão em uma situação de risco que inspira duplos cuidados no sentido de que precisam, simultaneamente, tratar de doenças infecciosas agudas e saúde materna e de condições crônicas não transmissíveis. A solução para esses países que enfrentam múltiplos problemas agudos e crônicos é organizar uma agenda dupla de atenção à saúde. Países em desenvolvimento devem se preparar para confrontar esses desafios, bem como adotar formas inovadoras de fazê-lo.

## Dupla carga de doenças em países com renda média/ baixa



Fonte: Murray & Lopez, Global Burden of Disease, 1996.

## Resumo

O termo “condições crônicas” engloba todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde. Diabetes, problema cardíaco, depressão, esquizofrenia, HIV/AIDS e deficiências físicas permanentes incluem-se na categoria de condições crônicas. Esta seção esboça uma justificativa para se ter uma definição e conceituação atualizada de condição crônica. A distinção dos problemas de saúde em agudos e crônicos parece ser mais pragmática e abrangente e estar em conformidade com o pensamento contemporâneo.

As condições crônicas estão se tornando mais expressivas no mundo inteiro. Em consequência dos avanços na saúde pública, as populações estão envelhecendo e um número cada vez maior de indivíduos vive décadas com uma ou mais condições crônicas. Essa situação demanda, dos sistemas de saúde, novas ações de longo prazo. A principal causa de incapacidade no mundo, até o ano 2020, serão as condições crônicas e, caso não sejam bem gerenciadas, representarão o problema mais dispendioso para os sistemas de saúde. Nesse sentido, constituem uma ameaça a todos os países sob uma perspectiva econômica e da saúde. As condições crônicas são interdependentes e entrelaçadas com pobreza, e complicam a prestação dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento que enfrentam, concorrentemente, agendas pendentes que tratam de doenças infecciosas agudas, desnutrição e saúde materna.

As condições crônicas não irão desaparecer e, portanto, constituem o desafio deste século. Para reverter esse cenário serão necessários esforços coordenados e sustentados de tomadores de decisão e líderes da área de saúde de cada um dos países do mundo. Felizmente, existem estratégias conhecidas e eficazes para abreviar o aumento das condições crônicas e reduzir seu impacto negativo.





Foto: © World Bank.Curt Carnemark



## 2. Os Sistemas Atuais não são Desenhados para Atender os Problemas Crônicos

O “sistema de saúde” tem sido definido como a estrutura que abrange todas as atividades voltadas, basicamente, à promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde (Relatório Mundial da Saúde 2000). Desse modo, os “sistemas” são extremamente amplos e envolvem os pacientes e seus familiares, os trabalhadores da saúde, os prestadores de assistência em organizações e na comunidade e toda uma política de saúde, na qual se desenvolvem as atividades relacionadas com a saúde.

### Breve histórico dos sistemas de saúde

Historicamente, os problemas agudos (como certas doenças infecciosas) constituíam a principal preocupação dos sistemas de saúde. No decorrer do século passado, os avanços na ciência biomédica e a implementação de medidas de saúde pública reduziram o impacto de inúmeras doenças transmissíveis na maior parte dos países desenvolvidos. Embora algumas doenças infecciosas ainda representem uma ameaça e um importante fator a ser levado em conta pelos sistemas de saúde de vários países em desenvolvimento, esses sistemas agora têm de responder a uma série de outros problemas de saúde.

Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

## Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.

De fato, os sistemas saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque conceitual usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. O modelo de tratamento agudo ainda conduz as organizações de saúde de todo o mundo, mesmo nos países mais desenvolvidos.

Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário (pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos); contudo, os sistemas de saúde também devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo. Os pacientes, as organizações de saúde e os tomadores de decisão precisam reconhecer a necessidade de expandir os sistemas a fim de incluir novos conceitos. Os tomadores de decisão desempenham um papel fundamental para mudar a forma de pensar sobre os cuidados à saúde.

### Quais são os problemas atuais? Níveis Micro, Meso e Macro

Uma estratégia para organizar a forma de retratar os sistemas de saúde é dividir essas estruturas intrincadas em estratos ou níveis, i.e. nível micro (paciente), meso (organizações de saúde e comunidade) e macro (política). Esses níveis interagem e influenciam de forma dinâmica uns aos outros. Por exemplo, considere os níveis como se estivessem unidos por um circuito interativo de retroalimentação em que os eventos de um nível influenciam as ações e eventos de outro, e assim sucessivamente. Segundo esse esquema, os pacientes respondem ao sistema do qual recebem cuidados; as organizações de saúde e as comunidades respondem às políticas que, por sua vez, influenciam os pacientes. E, esse circuito de retroalimentação se mantém indefinidamente.



Quando esses três níveis funcionam e atuam em consonância, o sistema de saúde é eficiente e eficaz e os pacientes apresentam melhoras em seu quadro clínico. Qualquer dissonância entre os níveis gera desperdícios e ineficácia. Infelizmente, em se tratando das condições crônicas, é comum haver disfunção no sistema.

Os limites entre os níveis micro, meso e macro nem sempre são claros. Por exemplo, quando o pessoal da saúde não está preparado para tratar as condições crônicas por falta de treinamento, o problema poderia ser classificado no nível micro por afetar os pacientes. A falta de capacitação ainda poderia ser considerada um problema do nível meso por ser responsabilidade da organização de saúde assegurar que os prestadores possuem competências e ferramentas adequadas para tratar os pacientes. Por outro lado, o treinamento pode ser considerado uma questão concernente ao nível macro, porque uma decisão política poderia alterar o currículo de capacitação da área médica ou os requisitos de educação continuada para satisfazer as demandas da população.

## Nível Micro: problemas de interação com o paciente

No nível micro do sistema, os problemas são claros. Os sistemas não reconhecem a grande influência que o comportamento dos pacientes e a qualidade da interação com os trabalhadores da saúde têm sobre os resultados do tratamento. Existem amplas evidências científicas relativas a estratégias eficazes para o nível micro (e.g. intervenções comportamentais, técnicas para aumentar a aderência aos medicamentos ou métodos para melhorar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde). No entanto, essas evidências não estão integradas à prática clínica diária. Dois problemas comuns no nível micro são: (i) falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e (ii) falta de ênfase na qualidade da interação com o pessoal da área de saúde.

### Falta de autonomia dos pacientes

As condições crônicas são prolongadas e requerem uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde. Tratamento clínico adequado é necessário, embora não seja o suficiente para se obter resultados ótimos de saúde. Os pacientes precisam mudar seu estilo de vida, desenvolver outras habilidades e aprender a interagir com organizações de saúde para terem êxito no gerenciamento de suas condições crônicas. Eles não podem considerar a si próprios, nem mesmo serem vistos como receptores passivos de serviços de saúde.

Os pacientes precisam participar do tratamento e os profissionais da saúde devem apoiá-los nesse sentido. De fato, há evidências substanciais em mais de 400 artigos publicados indicando que as intervenções voltadas à promoção do papel dos pacientes no gerenciamento das condições crônicas estão associadas a melhores resultados. O comportamento dos pacientes no dia a dia (e.g. aderência a esquemas terapêuticos, prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, sono regular, interação com organizações de saúde e abandono do tabagismo) influencia a saúde em proporções muito maiores do que intervenções médicas isoladas. Infelizmente, o comportamento do paciente, que poderia prevenir ou melhorar o gerenciamento de várias condições crônicas, é frequentemente menosprezado no sistema de saúde dos dias de hoje.

Os trabalhadores da saúde têm consciência sobre a importância do comportamento do paciente, mas afirmam estarem despreparados para oferecer intervenções comportamentais para melhorar o autogerenciamento e ampliar a aderência. Esses trabalhadores também apontam para o fato de que não têm tempo para tratar das deficiências educacionais e necessidades psicossociais dos pacientes e de seus familiares.

*Center for the Advancement of Health. Indexed Bibliography of Behavioral Interventions of Chronic Disease. Washington, DC, 1996.*

**H**á evidências substanciais em mais de 400 estudos de autogerenciamento que os programas que proporcionam aconselhamento, educação, retroalimentação e outros auxílios aos pacientes que apresentam condições crônicas estão associados a melhores resultados.

*Center for the Advancement of Health, 1996.*

### **Não valorização da interação com o paciente**

É imprescindível que os pacientes desenvolvam com o pessoal da área saúde um bom relacionamento e que esse vínculo se mantenha com o passar do tempo. Os trabalhadores da saúde devem garantir que os pacientes recebam informação e instruções adequadas para gerenciar suas condições crônicas. Para que isso ocorra, os pacientes precisam estar inseridos em um ambiente onde se sintam à vontade para fazer perguntas e em que possam iniciar e manter uma postura de autogerenciamento. Sabe-se que a qualidade da comunicação entre o paciente e o prestador influencia os resultados para a saúde em uma variedade de condições crônicas, incluindo o câncer, o diabetes, a hipertensão, dores de cabeça e úlcera péptica.

Infelizmente, os sistemas de saúde não lograram êxito na criação de um ambiente que fomente interação adequada e parceira com os pacientes. De fato, há provas de que os trabalhadores da área não colaboraram com os pacientes em inúmeros tópicos. Autogerenciamento, aderência ao esquema terapêutico, habilidades funcionais, conhecimento e responsabilidade são assuntos raramente discutidos no contexto clínico.

**E**nvolver os pacientes no processo de tomada de decisão e planejamento do tratamento torna o atendimento às condições crônicas mais eficaz e eficiente.

*Holman, H. & Lorig, K. Patients as partners in managing chronic disease. BMJ 2000;320:526-527.*

### **Nível Meso: os problemas da organização de saúde e suas relações com a comunidade**

A organização de Saúde coordena a prestação de serviços e avalia sua qualidade. Ela está incumbida de reunir o pessoal da saúde, proporcionar as habilidades e ferramentas

de que necessitam para tratar os pacientes com condições crônicas, e formar vínculos com os recursos da comunidade. A seguir, alguns exemplos de problemas observados nesse nível.

### **Inaptidão para organizar o tratamento das condições crônicas**

As organizações de saúde foram estruturadas para tratar de problemas agudos. Trabalhadores da área de saúde dessas organizações fazem visitas esporádicas em domicílio aos pacientes para diagnosticar e tratar os sintomas relatados. Certamente, existem problemas com a adoção desse tipo de atenção para as condições crônicas. Um deles é a irregularidade das visitas, que constituem a base para se desenvolver um relacionamento contínuo, profundo e de alta qualidade entre os pacientes e os trabalhadores da saúde. É óbvio que as condições crônicas não se resumem a um conjunto de queixas desconexas.

**A**s organizações de saúde devem enfatizar o tratamento do paciente que tem diabetes e não o diabetes em si.

As organizações de saúde não elaboraram um programa de atenção que evoluísse com o tempo. Isso é simplesmente injustificável, visto que as complicações e os resultados finais de mau gerenciamento das condições crônicas seguem um curso conhecido e previsível. (Por exemplo, neuropatia e amputação são geralmente decorrentes do diabetes não controlado). Os riscos e as complicações associadas a cada condição crônica podem ser quase que totalmente calculados e, em vários casos, retardados ou até mesmo evitados. No entanto, isso exige cuidados de saúde pró-ativos e organizados em torno dos conceitos de planejamento e prevenção. Do modo como os cuidados acontecem agora, as complicações ou sintomas induzem os paciente a procurarem os trabalhadores da saúde por eles responsáveis.

### **Trabalhadores da saúde não dispõem de ferramentas e perícia**

As organizações de saúde de hoje empregam uma força de trabalho treinada em modelos de prática de tratamento agudo. Essa estratégia de tratamento é apropriada para trabalhadores da saúde que diagnosticam e tratam problemas agudos de saúde. No entanto, a habilidade para tratar casos agudos, embora necessária, não é suficiente para gerenciar as condições crônicas.

No momento, já se dispõe de conhecimento especializado para administrar problemas crônicos e estimular o paciente a adotar uma postura de autogerenciamento. Por exemplo, existem ferramentas e técnicas que melhoram a gestão médica, auxiliando os pacientes na aderência ao tratamento e no autogerenciamento. No entanto, os trabalhadores da saúde não têm acesso a habilidades que os tornem capazes de colaborar com os pacientes e de atuar nas equipes de saúde de forma eficaz.

## **A prática não é orientada pelas evidências científicas**

As diretrizes para o gerenciamento de várias condições crônicas, delineadas com base em evidências científicas, estão bem estabelecidas. Infelizmente, essa importante informação não chega ao pessoal do setor saúde de forma sistemática. Por esse motivo, algumas intervenções eficazes para inúmeros problemas crônicos não são realizadas regularmente. Além disso, os medicamentos, os equipamentos para diagnóstico e os serviços laboratoriais necessários para seguir os protocolos de diretrizes terapêuticas nem sempre estão disponíveis. O fato de não se fornecer tratamento orientado por evidências científicas leva a resultados subótimos e gera desperdício. Sem evidências que orientem o tratamento, as intervenções efetivas correm o risco de serem excluídas e os pacientes irão continuar submetidos a intervenções reconhecidamente ineficazes.

*Stockwell, DH, et al. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. Amer J of Pub Hlth 1994; 84(11):1768-74.*

*Legorreta, AP, et al. Compliance with nation asthma management guidelines and specialty care: A health maintenance organization experience. Arch Int Med 1998;158:457-64.*

*Kenny, SJ, et al. Survey of physician practice behaviors related to diabetes mellitus in the US: Physician adherence to consensus recommendations. Diabetes Care 1993;16(11):1507-10.*

## **Falha na prevenção**

A maioria das condições crônicas é evitável; entretanto, os trabalhadores da saúde não aproveitam as interações entre prestadores e pacientes para informar a esses sobre as estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças. Adquirindo informações sobre como fazer escolhas certas, os pacientes e seus familiares podem optar por melhorar sua saúde. Com a ajuda do pessoal da área de saúde, esses indivíduos podem adotar comportamentos que previnam o surgimento de condições crônicas ou retardem suas complicações. No entanto, essas pessoas precisam de conhecimento, motivação e habilidades para lidar com o abuso de substância tóxicas, mudar ambientes de trabalho perigosos, abandonar o tabagismo, praticar o sexo seguro, ser vacinado, comer alimentos saudáveis e iniciar a prática de atividade física. A prevenção e a promoção de saúde devem ser abordadas em cada consulta realizada, o que infelizmente não ocorre na atenção clínica de rotina.

## **Os sistemas de informação não estão organizados**

Os sistemas de informação constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas. Eles podem ser utilizados para monitorar as tendências da saúde, as taxas de natalidade e mortalidade, os processos clínicos de atenção, a implementação de normas e regulamentações, dentre outras coisas. No caso das condições crônicas, o “registro” de um paciente pode funcionar como um banco de dados para os serviços de prevenção e seguimento e auxiliar no monitoramento da postura do paciente em relação à aderência aos esquemas terapêuticos ou outras alterações importantes no quadro clínico com o passar do tempo.

Em se tratando das necessidades de pacientes que apresentam condições crônicas, a inexistência de um sistema de informação faz com que os trabalhadores da área de saúde sejam reativos, ao invés de pró-ativos. O fato de não se utilizar uma estratégia para monitorar as condições crônicas permite o desenvolvimento de problemas de saúde em vez de retardar seu surgimento ou evitá-los.

## Falta de conexão com os recursos da comunidade

As organizações de saúde praticamente não integram os recursos comunitários ao tratamento dos pacientes que apresentam condições crônicas, deixando boa parte dos grupos de consumidores, voluntários e agências não governamentais virtualmente sem serem explorados. Os recursos comunitários são críticos em todos os países, mas representam um grande potencial para os sistemas de saúde de países de baixa renda, onde os cuidados primários de saúde não podem ser muito estendidos. Esses recursos podem suprir as lacunas não preenchidas pelas organizações de saúde, melhorando significativamente o tratamento de pacientes com problemas crônicos. Contudo, vínculos formais são raramente estabelecidos.

## Nível Macro: problemas nas políticas

Grande parte da ineficiência dos sistemas de saúde se encontra no nível macro, ou da política. Esse é o nível em que os valores gerais, os princípios e as estratégias para a atenção à saúde são desenvolvidos e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas. Sem uma total coordenação nesse nível, é provável que os serviços de saúde sejam fragmentados e dispendiosos.

A despeito da importância das políticas de saúde, uma pesquisa recente da OMS demonstrou que em grande parte do mundo, os governos não possuem políticas preventivas ou de gerenciamento para doenças não transmissíveis (ver figura a seguir). Analogamente, o estudo ATLAS 2001 da OMS sobre doenças mentais revelou que:

- Mais de 40% dos países não possuem uma política de saúde mental;
- Mais de 30% dos países não apresentam um programa de saúde mental;
- Cerca de 1/3 dos países não tem um orçamento para a saúde mental. Entre aqueles que o possuem, aproximadamente 1/3 gasta menos de 1% de toda a dotação orçamentária para fazer face à saúde mental.

Entre os países que possuem políticas e planos voltados a uma ou mais condições crônicas, os problemas são comuns. A seguir, alguns exemplos de problemas típicos no nível político.

## Inexistência de um quadro legislativo

Com a globalização e a expansão dos interesses privados no setor saúde, cresce a necessidade de um quadro legislativo coerente. A legislação pode, dentre outras coisas, definir os direitos das pessoas em relação à saúde, fomentar a proteção dos direitos humanos para os pacientes, definir papéis adequados para a indústria privada ao influenciar na escolha de intervenções, e impor regulamentos de segurança para trabalhadores da saúde fora do sistema formal de saúde. Não obstante esses benefícios potenciais de longo alcance, em diversas partes do mundo a elaboração de leis que regule a melhoria da qualidade dos serviços de saúde tem sido negligenciada.

## As políticas e os projetos de saúde são arcaicos

Em razão da dupla carga imposta pelas doenças infecciosas e não transmissíveis, os governos enfrentam uma necessidade premente de eficiência no gerenciamento das

condições crônicas. No entanto, em muitos casos, as políticas e projetos inadvertidamente perpetuam os modelos arcaicos de atenção à saúde, baseando-se em dados epidemiológicos desatualizados, utilizando apenas um enfoque biomédico e enfatizando a contenção de gastos em detrimento de objetivos de saúde mais amplos. Em vez de um tratamento integrado, baseado na população, as políticas e os projetos quase sempre promovem modelos de tratamento agudo ou episódico, o que resulta em fragmentação e desperdício para o sistema.

### **Os governos não investem de forma inteligente**

Em várias partes do mundo, os governos e os sistemas de saúde estão investindo de forma equivocada em relação ao gerenciamento das condições crônicas. Isso se deve a múltiplos fatores, incluindo agendas voltadas aos interesses dos doadores e a influência indevida de grupos profissionais e da indústria privada. A consequência é uma falha na alocação de recursos de acordo com a carga da doença e a existência de intervenções custo-efetivas. Os serviços de saúde não se beneficiam com o planejamento racional segundo as necessidades da população e há pouca ênfase no aumento da capacidade em termos de recursos humanos ou infra-estrutura. As intervenções de cunho eminentemente biomédico, que quase sempre favorecem o uso de tecnologia médica e fármacos, são evidenciadas em detrimento de estratégias de baixa tecnologia. A capacitação dos trabalhadores da saúde e do pessoal da saúde pública em estratégias de autogerenciamento e aderência para melhorar as intervenções biomédicas, a intensificação de campanhas educativas para incrementar a promoção da saúde e a criação de oportunidades para que os pacientes se tornem mais ativos fisicamente podem ser excelentes investimentos.

### **Os sistemas de financiamento estão fragmentados**

Em vários sistemas de saúde, o financiamento é subdividido em linhas de crédito, com vários responsáveis pelas diferentes áreas da atenção à saúde. Por exemplo, dispêndios de capital podem ser alocados em um sistema de financiamento diferente daquele de capacitação do prestador, criando uma situação inimaginável em que se compra equipamentos médicos de alto custo sem que haja pessoal treinado para manuseá-lo. A hospitalização pode cair no orçamento de um administrador hospitalar, enquanto que o tratamento ambulatorial pode ficar a cargo de um outro gerente. Em face desse tipo de fragmentação, torna-se difícil fornecer um tratamento consistente e coordenado para os problemas crônicos.

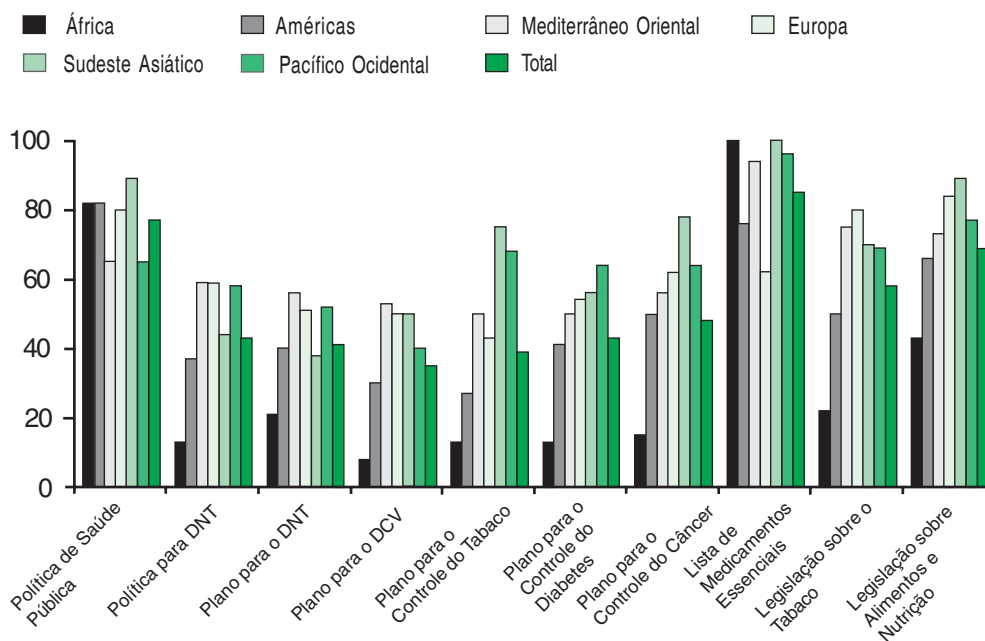
### **Os incentivos para os provedores estão desordenados**

Não obstante os sistemas de financiamento estabeleçam incentivos para que os provedores prestem assistência eficaz baseada em evidências, os problemas são inúmeros. O reembolso posterior sem regulamentação dos provedores (e.g., honorários por serviços prestados) é comum em muitos sistemas de saúde. Infelizmente, isso cria situações em que os trabalhadores da saúde privilegiam intervenções dispendiosas, de alta tecnologia, em detrimento de intervenções de baixo custo, de baixa tecnologia, independentemente de sua boa relação custo-eficácia. De fato, quando os trabalhadores da saúde são



reembolsados de forma proporcional ao volume e custo dos serviços prestados, eles são “punidos” economicamente por fomentar práticas clínicas inovadoras de promoção da saúde.

### Percentual de países por Região da OMS com políticas nacionais, planos e legislação para prevenção e controle de Doenças não transmissíveis (DNT)



**2. Os Sistemas Atuais não são Desenhados para atender os problemas crônicos**

### Os padrões e o monitoramento são insuficientes

A garantia de qualidade no sistema de saúde não atendeu nem mesmo às expectativas aceitáveis. Em consequência, a atenção à saúde corre o risco de não cumprir os requisitos mínimos de qualidade e ser amiúde baseada nas preferências dos trabalhadores da saúde ou, na melhor das hipóteses, no que eles aprenderam durante sua formação profissional. A acreditação, o monitoramento e a garantia de qualidade são ferramentas à disposição dos sistemas de saúde e dos governos, mas que raramente são utilizadas em sua totalidade. Disso resulta ineficiência e dispêndio para o sistema.

### Falta de educação continuada

A despeito dos benefícios da educação continuada, muitos países não possuem nenhum requisito ou mecanismo para que os trabalhadores de saúde participem de atividades educacionais após o término de sua formação acadêmica. Em segundo lugar, não há qualquer sistema incorporado para difundir novas informações e ainda haver falta de interesse dos trabalhadores da área de saúde em freqüentar cursos de capacitação não obrigatórios. Conseqüentemente, levam-se décadas (se chegar a acontecer) antes que uma nova descoberta seja de conhecimento geral e conte com a aceitação da comunidade do setor saúde.

## **Os vínculos intersetoriais são ignorados**

A atenção integral à saúde para as condições crônicas estende-se além do setor formal de saúde, incluindo os grupos comunitários e as ONGs, bem como outros setores públicos (habitação, agricultura, transporte e trabalho). No entanto, quadros legislativos integrados são raros. Sem esse grau de coordenação no nível setorial, a qualidade e a coerência dos serviços diminuem. Por outro lado, as redundâncias são comuns, o que resulta em desperdício de recursos para o sistema.

## Resumo

Os sistemas de saúde evoluíram em torno do conceito de doenças agudas e infecciosas e desempenham melhor seu papel em casos episódicos e urgentes. No entanto, o paradigma de tratamento agudo já não mais se mostra adequado nos dias de hoje frente à ascensão de novos problemas de saúde. Infelizmente, talvez em virtude de seu imediatismo, o modelo de tratamento agudo prepondera em meio a pacientes, trabalhadores da saúde, organizações e governos. Permeia todos os níveis do sistema e perpetua-se em decorrência de currículos ultrapassados de capacitação em saúde. Os sistemas de saúde precisam evoluir em torno de um modelo que incorpore tanto os problemas agudos quanto as condições crônicas. Se não houver avanços, os países podem conjeturar uma atenção cada vez mais inadequada e desperdício de recursos preciosos.

Os níveis micro, meso e macro do sistema de saúde não são entes separados. Em verdade, seus limites tornam-se diminutos e eles interagem e influenciam uns aos outros de forma dinâmica. Há necessidade de evolução em cada um desses estratos. Enfocar o comportamento dos pacientes e aumentar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde é primordial para o aprimoramento dos cuidados para condições crônicas. A atenção aos problemas crônicos deve ser coordenada por meio de evidências científicas para orientar a prática. Os recursos da comunidade devem ser integrados a fim de se obter ganhos significativos. As organizações de saúde devem racionalizar seus serviços, elevar o nível de capacitação dos trabalhadores, enfatizar a prevenção e estabelecer sistemas de seguimento de informação com o intuito de proporcionar atenção planejada para as complicações previsíveis. Os governos precisam tomar decisões informadas em nome de suas populações e estabelecer padrões de qualidade e incentivos para a saúde. O financiamento deve ser coordenado e os vínculos intersetoriais devem ser fortalecidos.

Caso não ocorram mudanças, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de forma ineficiente e ineficaz, ao mesmo tempo em que a prevalência de condições crônicas seguirá aumentando. Países de renda alta e baixa gastam bilhões de dólares em internamentos hospitalares desnecessários, tecnologias caras e uma gama de informações clínicas inúteis. As despesas com a saúde continuam aumentando sem, contudo, proporcionar melhoras na situação de saúde das populações. Enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas, os resultados da saúde que, de outra forma, poderiam ser mais favoráveis, serão debilitados.



# 3. Cuidados Inovadores: Enfrentando o Desafio das Condições Crônicas

## Inovar é preciso

A magnitude das mudanças necessárias nos sistemas de saúde vigentes para tratar as condições crônicas pode parecer incomensurável. Os líderes da área de saúde de cada país precisam de uma estratégia que propicie o desenvolvimento desses sistemas para fazer face aos crescentes desafios. Em alguns países, as ações oportunas, os conhecimentos e recursos podem ser alinhados a fim de favorecer uma revisão completa do sistema de saúde existente para que passe a tratar os problemas crônicos de forma mais eficaz. Contudo, para a maioria dos países, a melhor tática é realizar a mudança paulatinamente; passos lentos na direção certa podem influenciar sobremaneira a saúde e o tratamento clínico de uma população.

Promover uma mudança expressiva modo de pensar dos gestores do sistema de saúde é particularmente desafiante. Porém, não se deve tomar a magnitude dessa tarefa como justificativa para continuar a ignorar ou repassar o problema das condições crônicas para futuras políticas e líderes da saúde. Os atuais tomadores de decisão têm a responsabilidade de iniciar o processo de transformação e aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Esta seção apresenta um novo modelo que contribui para o incremento da atenção às condições crônicas pelos sistemas de saúde. O modelo compreende elementos fundamentais no plano do paciente (nível micro), da organização/ comunidade (nível meso) e da política (nível macro) que são descritos como “componentes estruturais”. Esses componentes podem ser usados para criar ou redesenhar um sistema capaz de gerir com maior eficácia os problemas de saúde de longo-prazo. Os tomadores de decisão podem usar os componentes estruturais para desenvolver novos sistemas, iniciar mudanças naqueles já existentes ou realizar planejamentos estratégicos para sistemas prospectivos. Diversos países adotaram programas inovadores para as condições crônicas empregando os componentes estruturais desse modelo. Essas iniciativas são apresentadas como provas de êxitos obtidos *in loco*.

**O aperfeiçoamento de todo o sistema ou a atenção integrada em saúde pode implicar um processo de desenvolvimento e implementação demorado. Felizmente, mudanças menores e mais individualizadas podem surtir efeito mais rápido e produzir notável impacto sobre a qualidade da atenção clínica.**

*Institute for Health Care Improvement, Eye on Improvement, 2001;VIII(1).*

## **O que são cuidados inovadores para condições crônicas?**

A inovação no tratamento das condições crônicas representa a introdução de novas idéias, métodos ou programas para modificar a forma de prevenção e gestão das condições crônicas. Inovar significa integrar os elementos fundamentais dos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde; contudo, faz-se necessária uma prévia re-conceituação das condições crônicas para criar uma base sobre a qual se erigir.

### **Nova maneira de considerar as condições crônicas**

Sob a perspectiva da saúde, já não é mais adequado considerar as condições crônicas um problema isolado, nem inclui-las nas tradicionais categorias de doenças transmissíveis e não transmissíveis. O tratamento inovador não se baseia na etiologia de um problema de saúde em particular, mas sim nas exigências que ele impõe ao sistema. No caso das condições crônicas, as exigências são similares, independentemente de sua causa. Ademais, as estratégias de gestão eficazes são bastante semelhantes para muitos problemas crônicos e o gerenciamento das condições crônicas, incluindo todos os problemas crônicos de saúde, está desenvolvendo uma característica própria na atenção à saúde.

De acordo com os novos conceitos de condições crônicas, é importante a qualidade de vida do paciente e de sua família, destacando-se o papel do paciente para a consecução desse objetivo. O paciente não é um participante passivo no tratamento; pelo contrário, é considerado um “produtor de saúde”.

*Holman H. & Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. BMJ 2000;320:526-527.*

### **Nova maneira de organizar os sistemas de saúde**

Inovar o tratamento significa reorientar os sistemas de saúde de forma que os resultados valorizados pelo sistema sejam os efetivamente produzidos. Os resultados esperados para os problemas crônicos diferem daqueles considerados necessários para os problemas agudos. As necessidades dos pacientes com condições crônicas também são distintas. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio, não apenas de intervenções biomédicas. Necessitam de cuidado planejado e de atenção capaz de prever suas necessidades. Esses indivíduos precisam de atenção integrada que envolva tempo, cenários da saúde e prestadores, além de treinamento para se autogerenciarem em casa. Os pacientes e suas famílias precisam de apoio em suas comunidades e de políticas abrangentes para a prevenção ou gerenciamento eficaz das condições crônicas. O tratamento otimizado para as condições crônicas requer um novo modelo de sistema de saúde.

Uma estratégia para reorientar os serviços é a identificação de ações que obtiveram êxito em uma organização ou sistema de saúde. Quando se reconhecem em sistemas existentes soluções clínicas e operacionais efetivas, tais como programas bem sucedidos de HIV/AIDS ou de depressão, eles podem servir de referência para melhorar o tratamento de outros problemas crônicos.

**I**novar o tratamento das condições crônicas significa integrar os componentes estruturais dos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde.

### **Estabelecimento de uma relação entre paciente, comunidade e organização de saúde**

O novo tratamento intensifica a atuação dos pacientes e familiares e reconhece que eles podem gerenciar de forma mais efetiva as condições crônicas com o apoio das equipes de saúde e da comunidade. Esses três grupos devem estar vinculados e são totalmente importantes uns para os outros. Os pacientes, as comunidades e as organizações de saúde desempenham, cada qual, funções essenciais na busca de melhores soluções para os problemas crônicos.

### **Criação de um sistema de saúde para condições crônicas: modelo de cuidados inovadores para condições crônicas**

A estrutura descrita nesta seção é a expansão de um modelo prévio, o Modelo de Atenção Crônica, desenvolvido com o intuito de proporcionar um método de organização do serviço de saúde que atenda as condições crônicas.

*Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? Managed Care Quarterly, 1999. 7(3):56-66.*

O novo modelo ampliado, denominado Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (CICC), insere-se em um contexto político mais abrangente que envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. O ambiente político é responsável pela regulamentação, liderança, integração política, parcerias, financiamento e alocação de recursos humanos que permitem às comunidades e organizações de saúde ajudarem os pacientes e suas famílias no tratamento das condições crônicas.

### **Princípios norteadores do modelo**

O modelo CICC baseia-se em uma série de princípios. Cada um desses princípios é fundamental para os níveis micro, meso e macro do sistema de saúde.

#### **Tomada de decisão com base em evidências científicas**

A evidência científica deve ser a base de toda decisão referente à formulação de políticas, planejamento de serviços e gerenciamento clínico das condições crônicas. A evidência inclui as informações disponíveis sobre a magnitude das condições crônicas,

as intervenções eficazes e efetivas para reduzir a carga associada, as necessidades atuais e futuras de recursos e a proporção adequada de pessoal capacitado do setor saúde. As informações baseadas em evidência incluem o que se sabe sobre processos clínicos de atenção à saúde e resultados observados em pacientes.

Havendo escassez de dados confiáveis, deve-se promover a capacitação de pessoal e organizar uma infra-estrutura para coleta e análise de informações relevantes sobre as condições crônicas. Quando as decisões são orientadas pela evidência, e não por intuição ou impulso, a atenção às condições crônicas é otimizada.

### ***Enfoque na população***

No que concerne as condições crônicas, os sistemas de saúde são mais eficazes quando priorizam a saúde de uma determinada população em vez de voltar a atenção para um único indivíduo que busca atendimento. O gerenciamento de populações é uma estratégia pró-ativa de longo-prazo, na qual os recursos são organizados visando a melhoria da qualidade do tratamento e os resultados de saúde observados em populações com necessidades de serviços médicos bastante conhecidos. Essa abordagem reduz a necessidade de recursos muito dispendiosos e de alta intensidade.

### ***Enfoque na prevenção***

Dado que é possível prevenir a maioria das condições crônicas, toda interação de saúde deve incluir apoio à prevenção. Quando os pacientes recebem informação e capacitação sistemáticas para reduzir os riscos à saúde, é bastante provável que reduzam o uso de substâncias nocivas, parem de fumar, mantenham relações sexuais seguras, comam alimentos saudáveis e pratiquem atividades físicas. Essa mudança no comportamento pode, a longo-prazo, reduzir dramaticamente a carga das condições crônicas e as demandas de tratamento para esses problemas. O compromisso e a ação da organização de saúde, da comunidade e do governo são vitais para a prevenção.

### ***Enfoque na qualidade***

O controle de qualidade garante a utilização adequada dos recursos, a provisão de tratamento efetivo e eficiente por parte dos prestadores e resultados favoráveis para o paciente diante de quaisquer limitações. Contudo, a qualidade não incide apenas sobre a prestação de serviço de saúde. Um enfoque na qualidade a partir do nível político garante melhor qualidade do sistema nos níveis da organização, da comunidade e do paciente.

### ***Integração***

A integração é o cerne do CICC e, em relação aos problemas crônicos, a atenção à saúde requer integração sob múltiplas perspectivas. Os níveis micro, meso e macro do sistema de saúde devem atuar em conjunto e compartilhar a meta precípua de melhor atendimento das condições crônicas. Não deve haver fronteiras entre os níveis do sistema a fim de permitir uma real integração entre as organizações de saúde e as comunidades, as políticas e os pacientes.

Integração, coordenação e continuidade devem ocorrer ao longo do tempo e em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, especializada (se houver) e hospitalar. A atenção deve ser integrada em todas as categorias de condições crônicas, indo além dos limites das doenças comuns.



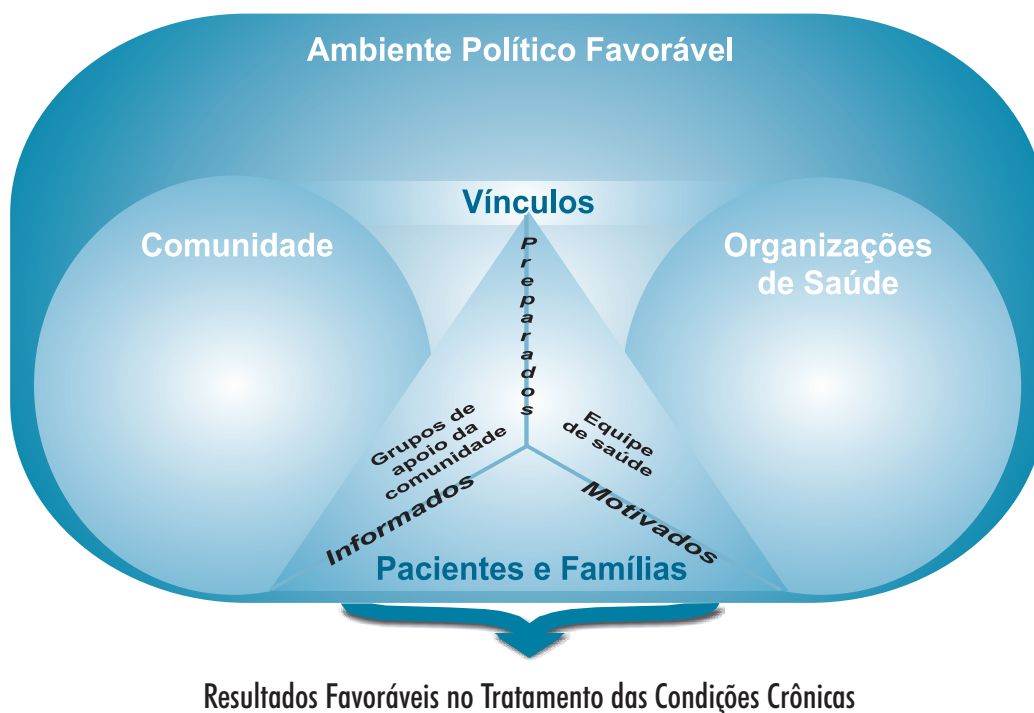
### **Flexibilidade / adaptabilidade**

Os sistemas de saúde precisam estar preparados para se adaptarem a situações instáveis, informações novas e eventos imprevistos. As variações nas taxas e na carga de doenças, bem como as crises inesperadas de enfermidades podem ser integradas aos sistemas desenhados para se adequarem a mudanças. As fases de transição política ou os períodos de mudanças desfavoráveis de conjuntura econômica precisam ser planejados e previamente inseridos nos sistemas de saúde.

Vigilância de rotina, monitoramento e avaliação são elementos fundamentais para possibilitar a adaptação dos sistemas a contextos variáveis. Ao incluir essas atividades, o sistema de saúde tem o potencial de se tornar um “sistema de aprendizagem” em contínua evolução e adaptação que prevê as exigências e é flexível na resposta às inconstantes demandas da atenção à saúde.

O modelo ideal é aquele que se mostra maleável e resistente a transições, mas que permanece firme ante a instabilidade das demandas. O conceito de componentes estruturais do CICC permite aos sistemas se adaptarem destacando ou desenvolvendo áreas distintas (componentes estruturais) diante de pressões conjunturais.

### **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas**



**3. Cuidados Inovadores:  
Enfrentando o Desafio das  
Condições Crônicas**

## **Componentes estruturais do modelo CICC**

### **Nível Micro: componentes estruturais no nível de interação do paciente**

Os pacientes e suas famílias são os grupos mais menosprezados dentro do sistema de saúde. Todavia, possuem um inegável potencial para afetar o alcance do sistema e, nesse sentido, suas capacidades deveriam ser totalmente aproveitadas em qualquer modelo desenhado para melhorar o tratamento das condições crônicas. O modelo CICC intensifica a função dos pacientes e das famílias e os vincula à suas respectivas comunidades e a organizações de saúde.

A tríade que se encontra no centro do modelo é formada pelo paciente e familiares, pelo grupo de apoio da comunidade e pela equipe de atenção à saúde. Essa tripla parceria é peculiar ao tratamento das condições crônicas. Enquanto é possível obter resultados favoráveis para problemas agudos com um único prestador de serviço, somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas quando os pacientes e suas família, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria.

Como se pode observar no esquema, essa tríade é influenciada e apoiada por organizações de saúde maiores e por toda a comunidade que, por sua vez, influem de maneira recíproca no âmbito político. Em suma, os níveis meso e macro do sistema possibilitam o melhor funcionamento da tríade que envolve paciente/ família, grupo de apoio da comunidade e equipe de saúde.

Quando os componentes de cada nível do sistema de saúde estão integrados e atuam harmonicamente, o paciente e sua família tornam-se participantes ativos no tratamento e contam com o apoio da comunidade e da equipe de saúde. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre a organização de saúde e a comunidade acerca de questões específicas do paciente e do tratamento. O funcionamento otimizado da tríade ocorre quando os pacientes e suas famílias constatarem a ausência de lacunas, inconsistências ou redundâncias no tratamento e se declaram confiantes, capazes e apoiados para gerenciar seus problemas crônicos.

### **Pacientes e famílias preparados, informados e motivados**

Os pacientes e as famílias compõem um terço da tríade. Para controlar e prevenir as condições crônicas, esses indivíduos precisam estar:

- informados sobre as condições crônicas, incluindo seu ciclo, as complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir as complicações e administrar os sintomas.
- motivados para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis, aderir a tratamentos de longo-prazo e autogerenciar suas condições crônicas.
- preparados com habilidades comportamentais para administrar suas condições crônicas em casa. Isso inclui a disponibilidade de medicamentos e equipamento médico, instrumentos de auto-monitoramento e habilidades de autogerenciamento.

## África do Sul

### Melhoria do Autogerenciamento e da Aderência ao Tratamento

#### Componentes Estruturais:

- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção (organização de saúde)
- Mobilizar e coordenar recursos (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

Na Cidade do Cabo, África do Sul, o *Compliance Service* é um serviço novo e exclusivo que adota medidas pró-ativas para ajudar as pessoas a gerenciar suas condições crônicas mediante o envio de mensagens de correio eletrônico e notas de lembrete via SMS (*Short Message System*) para que os destinatários tomem os medicamentos da forma prescrita. Esse projeto é particularmente importante considerando o fato de que a aderência a tratamentos de longo prazo está em torno de 50% nos países desenvolvidos e em cerca de 20% nos países em desenvolvimento.

O cerne desse serviço é um sistema que envia notas de lembrete aos pacientes por meio das funções de texto dos telefones celulares nos horários específicos do dia. As mensagens trazem dicas do dia-a-dia (por exemplo, uma receita com pouco sal para pessoas hipertensas), humor ou informações específicas sobre determinada doença. Cada mensagem termina com um aviso (e.g, “tome o [nome do remédio] agora”, ou “é hora de marcar uma consulta na [nome da clínica]”). Existe um centro de monitoramento que permite aos destinatários relatarem problemas na transmissão ou entrarem em contato por telefone com uma central de atendimento 24 horas atendida por profissionais de enfermagem.

Os telefones celulares são comuns nessa região da África do Sul, permitindo que esse serviço alcance populações que de outro modo estariam mal-servidas. Na maioria das comunidades pobres do entorno, 30% dos pacientes possuem celular. Esse percentual é superior a 70% em outras partes da região da Cidade do Cabo. Os custos atuais para manter o serviço são insignificantes: cerca de US\$ 1 por paciente ao mês.

O sistema parece funcionar bem. Os trabalhadores da saúde, pacientes e administradores da saúde estão satisfeitos com o serviço. Além disso, o Conselho Municipal da Saúde (City Council) reporta que a aderência dos pacientes com tuberculose selecionados para o serviço é pelo menos tão boa quanto a daqueles que recebem tratamento diretamente supervisionado (DOTS). Já está programada uma avaliação formal do projeto.

*Fonte: Dr David Green, On Cue Compliance Service. Para maiores informações, acesse a página da Internet: <http://www.compliance.za.net/>*

### Equipes de atenção à saúde preparadas, informadas e motivadas

No modelo CICC, a equipe de atenção à saúde representa outra parte da tríade. A “equipe” inclui categorias múltiplas de provedores de saúde de cada um dos níveis de atenção (inclusive especialistas) e de todos os contextos clínicos. Os membros da equipe

assumem funções e responsabilidades para exercer tarefas compatíveis com suas capacidades profissionais e pontos fortes. A hierarquia tradicional é achatada e distancia-se dos modelos dominados por médicos pelo fato de cada membro da equipe ser valorizado por suas habilidades específicas para gerir as condições crônicas. As equipes são formadas de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e a realidade geográfica da organização de saúde. Contudo, podem ser necessárias inovações no conceito de equipe. Por exemplo, equipes virtuais, conectadas por meio da tecnologia da informação, seriam práticas em muitas regiões.

### **Grupos de apoio da comunidade preparados, informados e motivados**

O grupo de apoio da comunidade representa o terceiro elemento do nível micro. Quando o grupo de apoio da comunidade dispõe de informações e habilidades acerca do gerenciamento das condições crônicas, outros indivíduos que antes não estavam envolvidos na atividade de saúde assumem funções tradicionalmente designadas a trabalhadores do setor em um sistema público. Um grande número de voluntários pode se transformar em recurso abundante para a prestação de serviços essenciais relacionados às condições crônicas. O grupo de apoio pode prestar serviços que abrangem todos os problemas crônicos, desde diabetes e pressão alta até a atenção comunitária de distúrbios mentais. Esses recursos da comunidade podem reduzir as demandas desnecessárias por serviços de seguimento e atenção terciária que, normalmente, são prestados por organizações formais de saúde.

### **Nível Meso: componentes estruturais para a organização de saúde**

As organizações de saúde podem criar um ambiente favorável para melhorar o tratamento das condições crônicas. Recentemente, uma análise crítica da *Cochrane Colaboration* apontou diversos fatores organizacionais, incluindo as habilidades dos trabalhadores da saúde, a variedade de recursos humanos, as agendas de visitas, os sistemas de informação e autogerenciamento do paciente, que proporcionam resultados positivos para as condições crônicas. A análise também indicou que uma intervenção mais abrangente apresenta maiores possibilidades de obter êxito; aquelas direcionadas apenas à conduta do prestador não alteram os resultados para os pacientes, a menos que sejam acompanhadas por intervenções direcionadas a eles. A análise ainda faz referência ao fato de que as organizações de saúde proporcionam melhores resultados no tratamento dos problemas crônicos de saúde quando delegam atribuições a indivíduos sem formação médica, garantem a vigilância contínua dos pacientes e planejam o seguimento.

*Renders, CM, Valk, GD, Griffin, S, Wagner, EH, vanEeijk, JTM, Assendelft, WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care outpatient and community settings. Cochrane Review. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.*