

Escócia

Integração dos Serviços de Saúde Primários e Comunitários

Componentes Estruturais:

- Fortalecer parcerias (ambiente político)
- Desenvolver e alocar recursos humanos (ambiente político)
- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)
- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção (organização de saúde)
- Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio (comunidade)
- Mobilizar e coordenar os recursos (comunidade)

Na Escócia, as Cooperativas Locais de Saúde (LHCCs) fazem parte da estrutura interna das *Primary Care Trusts*, que são fundações de atenção primária. As cooperativas são organizações de integração local que reúnem serviços de atenção primária e comunitária com diversos serviços especializados. A participação dos clínicos gerais nas LHCCs é voluntária. Mas depois de apenas 2 anos, a maior parte dos consultórios médicos da Escócia participa da iniciativa. A maioria das LHCCs possui um conselho administrativo multidisciplinar com membros provenientes de diversas áreas tais como medicina, enfermagem, farmácia, profissões ligadas à medicina, e o público em geral. As LHCCs atendem populações com menos de 10.000 habitantes a mais de 172.000 habitantes. A despeito da falta de uma avaliação formal das LHCCs, há um crescente entendimento de que desempenham um papel importante na evolução da hierarquia que apóia a saúde comunitária e o bem-estar mediante a integração da atenção.

Nova Hierarquia de Atenção Promovida pelas Cooperativas Locais de Saúde da Escócia

Saúde Comunitária e Bem-estar

Abordagem leiga sobre o controle de riscos locais para a saúde e a promoção positiva mediante programas públicos de saúde vinculados a planos da comunidade.

Promover continuidade e coordenação

Os pacientes que apresentam condições crônicas precisam de serviços coordenados entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária e entre os provedores. Os trabalhadores da saúde que tratam de um mesmo paciente precisam se comunicar uns com os outros. O conhecimento coletivo, a informação e as capacidades de múltiplos trabalhadores da saúde são mais sólidos que o conhecimento de um único prestador. Sempre que possível, é interessante identificar um “coordenador de saúde” que atue como supervisor e diretor do tratamento de um paciente, garantindo que os esforços de todos os trabalhadores da saúde envolvidos sejam integrados e coordenados.

A continuidade no tratamento das condições crônicas também é essencial. A atenção deve ser planejada e considerada no transcurso da condição crônica. Visitas de seguimento devem ser marcadas e as organizações devem ser pró-ativas na atenção aos pacientes com

problemas crônicos. Permitir a manifestação de sintomas ou o aparecimento de complicações que podem ser prevenidas para induzir os pacientes a procurarem atendimento é dispendioso, ineficiente e ineficaz. Em contraste, a atenção planejada permite a detecção precoce de complicações e a rápida identificação do agravamento da situação de saúde do paciente.

Autocuidado

Possibilita as pessoas a cuidarem de si mesmas com o auxílio de informações e materiais educacionais criteriosamente elaborados, incluindo assessoramento por meio de serviços *on line* ou de televisão digital.

NHS 24

Sistema de triagem controlado por enfermeiros que encaminha os pacientes incapazes de cuidarem de si próprios a um membro mais indicado da extensa equipe de atenção primária ou, em caso de emergência, ao serviço de ambulância ou hospital.

Atenção Primária Ampliada

Equipes fortalecidas que reúnem profissionais de atenção primária, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos, assistentes sociais, capazes de suprir a maior parte das necessidades dos pacientes.

Atenção Intermediária

Concentrada nos hospitais da comunidade, serviços de enfermagem, atenção domiciliar e a própria casa do paciente. Utilizando as capacidades de médicos da atenção intermediária, enfermeiras, terapeutas e assistentes sociais, a atenção intermediária oferece serviços locais que incluem investigação, reabilitação e alívio, principalmente, para idosos.

Atenção Secundária

Interligada por meio de redes clínicas gerenciadas; apóia o trabalho dos níveis abaixo.

Atenção Terciária

Interligada mediante redes de clínicas gerenciadas, como centros de assessoramento e atenção altamente especializados.

Fonte: Woods KJ, The development of integrated health care models in Scotland; International Journal of Integrated Care 2001;1(3).

Promover atenção de qualidade por meio de liderança e incentivos

Os gestores e outros líderes influentes devem manifestadamente apoiar e patrocinar a melhoria da atenção às condições crônicas em suas organizações de saúde. Pode-se realinhar os incentivos para administradores, trabalhadores da saúde e pacientes, além de estabelecer recompensas para processo clínicos eficazes que afetam o gerenciamento e a

prevenção de problemas crônicos. O monitoramento contínuo da qualidade e os projetos para incrementá-la deveriam se tornar atividades de rotina entre todos os trabalhadores da saúde. A busca de qualidade deve surgir como parte da cultura organizacional. Os líderes da área de saúde desempenham uma função primordial na criação de um ambiente que valorize a qualidade.

África Sub-sahariana

Projeto Básico de Intervenção em Saúde para as DNT

Componentes Estruturais:

- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)
- Usar os sistemas de informação (organização de saúde)

Há indícios de que a prevalência de certas doenças não transmissíveis, tais como diabetes e hipertensão, está aumentando rapidamente em algumas partes da África Sub-sahariana. Para enfrentar essa situação crítica, está sendo implementado, na Tanzânia e em Camarões, um projeto piloto cujo objetivo é proporcionar pacotes de tratamento baseados em evidências científicas para tratar hipertensão, doença cardíacas e diabetes na atenção primária de saúde. O projeto inclui

- Diretrizes clínicas;
- Material educacional direcionado ao paciente para apoiar o uso das diretrizes clínicas;
- Métodos e materiais de treinamento direcionados ao pessoal para apoiar o uso das diretrizes clínicas;
- Formulários de registro de pacientes e um sistema de marcação e seguimento.

Unwin N, Mugusi F, Aspray T et al. Tackling the emerging pandemic of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: the essential NCD health intervention project. Public Health 1999; 113: 141-146.

Organizar e equipar o pessoal da área de saúde

As equipes de saúde precisam estar bem aparelhadas para administrar as condições crônicas. Essas equipes necessitam dispor de suprimentos, equipamentos médicos, acesso a laboratório e medicamentos para prestar a assistência indicada pela evidência científica. As equipes necessitam de apoio, incluindo normas escritas de atenção e algoritmo de diagnóstico e tratamento, a fim de otimizar as decisões.

É preciso que as equipes de saúde disponham de capacidades e conhecimentos especiais que excedam a capacitação biomédica tradicional. Habilidades de interação eficazes são importantes para promover o intercâmbio de informações, o diálogo aberto e a tomada de decisões compartilhada com os pacientes. Além disso, os trabalhadores da saúde necessitam de perícia nas intervenções comportamentais com vistas a ajudar os pacientes a iniciarem novas técnicas de autogerenciamento, a aderirem a esquemas terapêuticos complexos e a efetuarem mudanças no estilo de vida. E acima de tudo, os trabalhadores da saúde precisam de habilidades para apoiar os pacientes em seus esforços para manter, a longo-prazo, os resultados obtidos.

Os médicos e outros trabalhadores da saúde precisam de habilidades que lhes permita trabalhar cooperando uns com os outros. O modelo tradicional de prática independente não está otimizado quando os problemas de saúde são crônicos. Em contraposição, as equipes compostas por múltiplos trabalhadores da saúde devem aprender a trabalhar em colaboração e compartilhar as responsabilidades dos pacientes.

Apoiar o autogerenciamento e a prevenção

Um autogerenciamento eficaz produz maior aderência a esquemas terapêuticos, minimizando assim as complicações, sintomas e incapacidades associadas aos problemas crônicos. Os responsáveis pelo tratamento dos pacientes e eles próprios precisam ser informados sobre estratégias de autogerenciamento e motivados a implementá-las continuamente no dia-a-dia. A capacitação para autogerenciamento (e.g., para aumentar a aderência a medicamentos, incitar a prática regular de exercícios, promover uma alimentação saudável, estimular o repouso regular e o abandono do hábito de fumar) pode reduzir a frequência das visitas de seguimento e, com o tempo, demonstrar uma boa relação custo-eficácia.

Etiópia

Melhorando o Acesso e a Aderência ao Tratamento

Componentes Estruturais:

- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)

Na Etiópia, o *Gondar College of Medical Sciences* é pioneiro na atenção integrada para as condições crônicas e desenvolve um projeto baseado nos conceitos de que o acesso e a aderência ao tratamento podem ser melhorados se os pacientes forem tratados em instituições de saúde próximas às suas residências. Os médicos residentes do *Gondar College*, auxiliados por enfermeiros treinados, realizam visitas mensais a essas instituições de saúde para fazer seguimentos. Essa iniciativa começou com um projeto para diabetes, mas agora foi expandido para incluir epilepsia, doença cardíaca reumática e hipertensão, asma, tratamento oftalmológico comunitário e gerenciamento de incapacidades físicas crônicas. O projeto é patrocinado pela loteria nacional do Reino Unido, por intermédio da fundação *Tropical Health and Education Trust* de Londres.

Fonte: Dr Shitaye Alemu, Gondar College of Medical Sciences, Etiópia.

Os trabalhadores da saúde são fundamentais na educação em autogerenciamento para os pacientes e familiares, pois contribuem para que os pacientes adotem novos comportamentos. Mais que isso, os trabalhadores da área de saúde devem apoiar os esforços de autogerenciamento dos pacientes no decorrer do tempo. A atenção ao autogerenciamento e à prevenção das condições crônicas deve se dar em cada encontro com o paciente.

EUA

Atenção Integrada para as Condições Crônicas

Componentes Estruturais:

- Promover continuidade e coordenação (organização de saúde)
- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)
- Usar sistemas de informação (organização de saúde)
- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção (organização de saúde)

A *Kaiser Permanente*, uma grande organização de saúde gerenciada da Califórnia, re-organizou recentemente suas clínicas de atenção primária para melhor atender às necessidades dos pacientes, especialmente daqueles com condições crônicas. Foram criadas equipes multidisciplinares que reúnem médicos, enfermeiros, educadores em saúde, psicólogos e fisioterapeutas. Essas equipes de atenção primária estão vinculadas a farmácias, ao assessoramento por telefone e aos centros de marcação de consultas, aos programas de gerenciamento de condições crônicas e, principalmente, às clínicas. Dessa forma, é estabelecido um sistema de saúde totalmente integrado, que vai desde o atendimento ambulatorial até a internação hospitalar.

Os pacientes são inscritos nos programas de gerenciamento de condições crônicas por meio de estratégias de extensão que classificam os indivíduos com problemas crônicos que não buscaram atenção primária e mediante identificação feita pelo médico durante a consulta. Os pacientes recebem assistência de múltiplas áreas do conhecimento de acordo com a intensidade de suas necessidades. O esquema contempla os três níveis de atenção. Há uma ênfase na prevenção, na educação e no autogerenciamento do paciente. Os membros da equipe que não são formados em medicina auxiliam nas marcações de consulta em grupo. Os indicadores biológicos melhoraram em doenças tais como asma, diabetes e cardiopatias. Os serviços de triagem e prevenção aumentaram e as taxas de admissão em hospitais caíram.

Uma comparação recente do sistema integrado de saúde da Kaiser com o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido demonstrou que apesar de os custos *per capita* em cada sistema serem similares, o desempenho da Kaiser foi consideravelmente melhor em termos de acesso, tratamento e tempo de espera. As razões para o melhor desempenho da Kaiser incluíram a integração real de todos os componentes do sistema de saúde, o tratamento de pacientes com a melhor relação custo-eficácia, a competição de mercado e os sistemas avançados de informação.

Feachem GA, Sebri NK, & White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal 2002;324:135-143.

Usar sistemas de informação

Disponer de informação oportuna sobre cada paciente e populações de pacientes constitui um aspecto decisivo para a eficácia da atenção às condições crônicas. Os sistemas de informação reúnem e organizam dados sobre epidemiologia, tratamento e resultados

obtidos com o objetivo de usar os sistemas de informação para aperfeiçoar o planejamento e melhorar a qualidade geral da atenção.

Um sistema de informação que faz o registro de pacientes com condições crônicas pode servir como um banco de dados para os serviços de prevenção e seguimento. As equipes de saúde podem usar o registro para identificar as necessidades dos pacientes,

China

Líderes Voluntários Aumentam o Autogerenciamento e Reduzem a Utilização dos Serviços de Saúde

Componentes Estruturais:

- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção (organização de saúde)
- Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

As condições crônicas, principalmente as doenças cardíacas e do pulmão, derrame e câncer, estão se tornando as principais causas de incapacidade e óbito prematuro, bem como o principal gasto com saúde na China. Em Shangai, uma das áreas mais afetadas, os pesquisadores demonstraram que um programa de autogerenciamento de condição crônica está obtendo êxito no aumento do autogerenciamento, manutenção e melhoria da condição de saúde e diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Esse programa, moldado com base em uma abordagem desenvolvida e provada nos Estados Unidos, é fundamentado nos seguintes pressupostos:

- As pessoas com condições crônicas têm preocupações e problemas semelhantes;
- As pessoas com condições crônicas podem aprender a assumir a responsabilidade pelo gerenciamento diário de suas doenças, problemas físicos e emocionais decorrentes desses agravos;
- As pessoas leigas com condições crônicas, quando recebem um manual detalhado, conseguem seguir um programa de autogerenciamento de forma tão eficaz (ou mais) quanto os profissionais da saúde.

O programa é conduzido em grupos por líderes voluntários capacitados que trabalham em duplas. Em sete semanas consecutivas, são programadas sete sessões com duração oscilando entre duas e duas horas e meia cada. Os temas incluem exercícios, uso de técnicas cognitivas de administração de sintomas, nutrição, gerenciamento da fadiga e do sono, utilização dos recursos da comunidade, uso de medicamentos, administração do medo, da raiva e da depressão, interação com profissionais da saúde, resolução de problemas e tomada de decisão.

Resultados favoráveis demonstram que essa abordagem desenvolvida nos EUA é culturalmente aceitável e factível na China se empregada de acordo com um modelo local e integrada na rotina de organizações governamentais da comunidade e dos serviços de saúde da comunidade.

Fu Dongbo, Patrick McGowan, Ding Yongming, Shen Yi-e, Zhu Lizhen, Yang Huiqin, Mao Jianguo, Zhu Sbitai, Wei Zhibua & Fu Hua. Implementation and Quantitative Evaluation of a Chronic Disease Self-Management Program in Shanghai. Manuscript under review, 2002.

fazer seguimento e planejar a atenção, monitorar as respostas ao tratamento e avaliar os resultados. Os sistemas de informação podem ser tão simples e baratos quanto os registros manuais em formulários de papel. Por outro lado, os sistemas de informação podem ser altamente sofisticados, empregando a mais moderna tecnologia. O ponto essencial é adotar uma estratégia sistemática para coletar informações relevantes sobre os pacientes com o intuito de promover um gerenciamento eficaz.

Nível Meso: componentes estruturais para a comunidade

Os recursos da comunidade são vitais para os sistemas de saúde e para o gerenciamento dos problemas crônicos, considerando que as pessoas com condições crônicas passam a maior parte do tempo em suas comunidades, e não em clínicas de saúde. Os recursos

USA

Programa de Extensão Comunitária favorece a Aderência da População Carente da Zona Urbana ao Tratamento de HIV/AIDS

Componentes Estruturais:

- Garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos (organização de saúde)
- Apoiar o autogerenciamento e a prevenção (organização de saúde)
- Usar os sistemas de informação (organização de saúde)
- Mobilizar e coordenar recursos (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

As prioridades das pessoas que vivem na pobreza dificultam a aderência a esquemas terapêuticos complexos. Nesse sentido, o Departamento de saúde de São Francisco desenvolveu um programa de aderência (Action Point), baseado na comunidade e financiado localmente, que fornece medicamentos à população carente com HIV positivo a fim de ajudá-los a aderirem a medicamentos anti-retrovirais e a se beneficiarem com os avanços no tratamento de HIV.

Vários serviços de apoio à aderência estão disponíveis. Semanalmente, um pequeno incentivo pecuniário é entregue aos clientes que utilizam os serviços pelo menos uma vez por semana. Além disso, após um mês de inscrição, os clientes recebem um bipe que emite um sinal sonoro em momentos específicos do dia para lembrá-los de tomar os medicamentos. Há ainda um sistema de coleguismo entre os clientes do ActionPoint, além de apoio médico e psicológico para suscitar um senso comunitário entre clientes e profissionais.

O custo anual do projeto por cliente equivale, aproximadamente, ao custo anual, no varejo, de um único inibidor da protease. Cinco meses depois de iniciado o programa, os resultados foram promissores: muitos clientes melhoraram suas condições de vida e 76% dos clientes em tratamento anti-retroviral apresentaram melhor supressão viral.

Bamberger JD, Unick J, Klein P, Fraser M, Chesney M, & Katz, MH. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. American Journal of Public Health. 2000; 90(5): 699

humanos da comunidade, quando informados e capacitados, podem preencher as lacunas encontradas nos serviços prestados pela organização de saúde. Quando os serviços comunitários pessoas que apresentam condições crônicas. Os líderes de organizações locais e internacionais, as ONGs e os grupos de apoio e de mulheres estão estrategicamente posicionados para aumentar a consciência acerca das condições crônicas e seus fatores de risco. Os líderes comunitários, por exemplo, podem ser “vozes confiáveis” para sensibilizar o público sobre o contínuo aumento da carga de condições crônicas e para reduzir o estigma a elas associado. Os líderes da comunidade também podem fazer pressões políticas sobre outros líderes comunitários para incrementar o apoio à atenção das condições crônicas.

Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio

Deve-se identificar e apoiar os líderes comunitários com o intuito de aumentar os cuidados para as condições crônicas. As estruturas reconhecidas, como os conselhos de desenvolvimento comunitário e/ou de saúde ou os grupos de desenvolvimento de povoados, podem defender a melhoria da atenção à saúde para os problemas crônicos. Os líderes desses conselhos e grupos comunitários encontram-se em posição de explorar estratégias mais acertadas para apoiar outros membros que vivem com problemas de longo-prazo.

Quando as comunidades não possuem estruturas estabelecidas, outros líderes comunitários participam na tomada de decisão que pode influenciar a atenção às condições crônicas. Líderes religiosos, prefeitos ou governantes de povoados podem dar um direcionamento às questões de atenção à saúde. Logo, é importante que todos os líderes da comunidade (e.g., líderes de grupos religiosos, escolas e organizações de empregadores) tenham noção da carga das condições crônicas e conheçam estratégias de prevenção. Todos os líderes podem influenciar no alinhamento das políticas e práticas visando a otimização da atenção às condições crônicas.

Líbano

Tratamento Eficaz e Economicamente Viável para Crianças

Componentes Estruturais:

- Prestar serviços complementares (comunidade)
- Aumentar a consciência e reduzir o estigma (comunidade)

No Líbano, as lacunas deixadas pelo serviço público de saúde são preenchidas por organizações não-governamentais, como o Centro de Atenção Crônica (*Chronic Care Center*) que é especializado no gerenciamento de condições crônicas da infância. Uma área prioritária desse centro é a talassemia, uma doença hereditária crônica do sangue que tem grande prevalência no Líbano e em países do Mediterrâneo Oriental.

O *Chronic Care Center* (CCC) proporciona tratamento eficaz e economicamente viável para a talassemia. O Ministério da Saúde do Líbano e a Comissão Européia apóiam essas atividades de atenção à saúde desde 1994.

Continua

Apoiado pelo Ministério da Previdência Social, o CCC também coordena um programa nacional para sensibilizar o público e reverter a imagem negativa das condições crônicas. Com base em um plano de ação de cinco anos, esse programa dirige-se a grupos distintos, como as comunidades médica, universitária e de escolas secundarista, grupos de jovens e trabalhadores da atenção primária.

Fonte: <http://www.chroniccare.org.lb>

Mobilizar e coordenar recursos

Os fundos gerados localmente podem afetar sobremaneira as atividades relacionadas à saúde no âmbito comunitário. A promoção da saúde e as campanhas de prevenção, a avaliação dos fatores de risco, a capacitação dos trabalhadores de saúde da comunidade ou a provisão de equipamentos e suprimentos básicos são ações importantes que podem ser realizadas mediante a mobilização de grupos locais. Os líderes comunitários de organizações locais ou internacionais, ONGs, grupos de apoio das comunidades e grupos de mulheres podem representar um recurso inestimável. Eles podem ser estimulados a levantar fundos e a identificar esquemas financeiros que irão gerar recursos para apoiar a triagem, a prevenção e o melhor gerenciamento das condições crônicas.

Peru

Participação Comunitária para Incrementar a Atenção Primária à Saúde

Componentes Estruturais:

- Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio (comunidade)
- Mobilizar e coordenar recursos (comunidade)

No Peru, os CLAS (*Comités Locales de Administración de Salud*) são instituições privadas sem fins lucrativos criadas e administradas pela comunidade em torno de um centro ou posto de saúde. O objetivo dessas instituições é melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária por meio da participação comunitária no planejamento e gestão dos cuidados prestados pela saúde pública. Os CLAS colaboram com os trabalhadores da saúde no sentido de desenvolver um plano de saúde local, determinar um orçamento e monitorar os gastos e a prestação de serviços à comunidade. Essa iniciativa tem uma série de benefícios:

- Planejamento comunitário das atividades de saúde
- Maior responsabilidade pela atenção à saúde e incentivos para aumentar a produtividade
- Flexibilidade na gestão orçamentária
- Flexibilidade na contratação de pessoal
- Atenção de melhor qualidade

Cotlear D. Peru: Reforming Health Care for the Poor. 2000; The World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Human Development Department, LCSHD Paper Series No. 57.

Prestar serviços complementares

ONGs locais e internacionais, contando com o apoio e a participação de membros de determinada comunidade, exercem uma função importante no fornecimento e gerenciamento de serviços complementares de prevenção para essa comunidade. Cada comunidade possui uma rede informal de prestadores em que se incluem trabalhadores comunitários de saúde e voluntários. Esses prestadores são recursos inestimáveis para o gerenciamento e prevenção de problemas crônicos.

Em muitos países em desenvolvimento, as organizações de saúde e as ONGs utilizam a rede de trabalhadores comunitários para formar vínculos mais fortes com a comunidade. Dessa forma, esses trabalhadores são capacitados na prestação de serviços básicos de saúde para pacientes que apresentam condições crônicas, incluindo educação sobre riscos e autogerenciamento. Em outras situações, esses prestadores informais operam independentemente e, se estabelecessem vínculos mais fortes com alguma organização de saúde, poderiam ser mais eficazes. Nesse caso, esses indivíduos podem ser capacitados para prestar serviços básicos e estimulados a educar a comunidade em geral sobre a prevenção de problemas crônicos.

As redundâncias entre os serviços das organizações de saúde e das organizações locais devem ser minimizadas. As organizações e comunidades devem ter funções complementares. Em condições ideais, as organizações comunitárias devem preencher as lacunas deixadas pelas organizações de saúde nos serviços de atendimento aos pacientes com problemas crônicos.

Brasil

Serviços Preventivos de Saúde em Comunidades de Baixa Renda

Componentes Estruturais:

- Mobilizar e coordenar recursos (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

O Ceará, um estado brasileiro pobre, apresenta um modelo de atenção à saúde que pode ser exequível em outros países onde os recursos, a renda e os níveis educacionais são limitados. Em 1987, agentes de saúde, supervisionados por enfermeiros treinados (um enfermeiro para 30 auxiliares) residentes das comunidades locais, iniciaram um esquema mensal de visitas domiciliares às famílias visando oferecer diversos serviços básicos de saúde. O programa foi bem sucedido na melhoria da condição de saúde e de vacinação das crianças, na assistência pré-natal e na detecção de câncer em mulheres. Outra vantagem era seu baixo custo. Os agentes recebiam um salário mínimo, a utilização de medicamentos era mínima e não se contou com a participação de médicos. Em termos gerais, o programa usou uma parcela muito pequena da verba estadual destinada à saúde.

Em 1994, o programa dos agentes de saúde foi integrado ao Programa Saúde da Família. As equipes passaram então a reunir médicos e enfermeiros, além dos agentes da saúde. Pela primeira vez no Brasil, implementaram-se serviços de prevenção integrados em grande escala.

Svitone, EC, Garfield, R, Vasconcelos, MI, & Craveiro, VA Primary health care lessons for the Northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program, Pan Am J Public Health 2000; 7(5):293-301.

Nível Macro: componentes estruturais de um ambiente político favorável

As políticas são meios poderosos de organizar os valores, princípios e estratégias gerais dos governos ou divisões administrativas para reduzir a carga das condições crônicas. A partir de políticas e planos formulados adequadamente, os tomadores de decisão e os planejadores podem causar um impacto significativo sobre a saúde da população. Para otimizar os cuidados para as condições crônicas, é essencial existir um ambiente político favorável. Os componentes fundamentais do nível político serão descritos a seguir.

Formar liderança e defender a causa

Os tomadores de decisão podem influenciar líderes políticos do alto escalão para promover o avanço dos cuidados para as condições crônicas. É preciso identificar os líderes políticos e então estimulá-los a criar um ambiente político favorável para os pacientes, comunidades e organizações de saúde que gerenciam os problemas crônicos. Outros grupos importantes devem ser sensibilizados e informados a respeito da elevação da carga de condições crônicas e da existência de estratégias e modelos efetivos para gerenciá-las.

Zâmbia

Atenção Domiciliar para HIV/AIDS e Tuberculose (TB)

Componentes Estruturais:

- Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio (comunidade)
- Mobilizar e coordenar recursos (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

Apenas uma pequena proporção de pessoas que vivem com HIV/AIDS tem acesso a serviços domiciliares. Na Zâmbia, dois programas baseados na comunidade, coordenados pelo *Family Health Trust* (uma fundação de saúde da família) e pela Diocese de Ndola, proporcionaram atendimento domiciliar para pessoas com HIV/AIDS e pessoas com TB.

Nos dois programas, a comunidade é tomada como parceira. Equipes de enfermeiros comunitários que vão de casa em casa prestam cuidados diretos aos pacientes e apóiam os agentes comunitários de saúde. Enfermeiros e voluntários da comunidade realizam uma grande variedade de tarefas, incluindo o cuidado direto ao paciente, apoio ao autogerenciamento e aos membros da família ou outras pessoas que tomam conta dos pacientes.

A integração de HIV/AIDS e TB nos cuidados domiciliares parece ser um fator de sucesso para esses programas. É possível alcançar altas taxas de cura de TB por meio de DOTS baseado na comunidade. Além disso, a detecção de HIV é facilitada nos pacientes com TB e vice-versa.

Nsutebu EF, Walley JD, Mataka E, Simon CF. Scaling up HIV/AIDS and TB home-based care: lessons from Zambia. Health Policy and Planning 2000;16(3), 240-7.

Os tomadores de decisão podem ainda despende esforços para que haja uma maior consciência dos legisladores, de líderes, trabalhadores da área de saúde, da comunidade, de pacientes e famílias. Esses grupos podem ser influenciados mediante uma série de estratégias provadas a fim de intensificar a defesa da causa. Porta-vozes confiáveis, por exemplo, podem ser recrutados para transmitir informações sobre as condições crônicas. As campanhas nos meios de comunicação terão uma repercussão ainda maior na criação de liderança e apoio.

Integrar políticas

A integração das políticas para as condições crônicas minimiza as redundâncias e a fragmentação no sistema de saúde. As políticas são mais eficazes quando ultrapassam os limites de doenças específicas e dão ênfase ao gerenciamento de uma determinada população em vez de focar o tratamento de um paciente de cada vez. Também produzem mais efeito quando englobam estratégias de prevenção, promoção e controle e formam vínculos explícitos com outros programas governamentais e organizações comunitárias.

Finlândia

Reduzindo o Estigma e Melhorando os Cuidados de Distúrbios Mentais Crônicos

Componentes Estruturais:

- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)
- Aumentar a consciência e reduzir o estigma (comunidade)
- Prestar serviços complementares (comunidade)

A partir do início dos anos noventa, as taxas de depressão e os suicídios começaram a aumentar na Finlândia. Um novo projeto para reduzir esse problema incluiu planos para ampliar a consciência pública sobre o problema da depressão, além de desenvolver um relacionamento intersetorial para ajudar os indivíduos que sofrem desse mal. Foram desenvolvidos e implementados cursos de capacitação para profissionais da saúde e de assistência social. Foram lançadas campanhas públicas e formados grupos de auto-ajuda na comunidade para pessoas com sintomas de depressão. Uma avaliação interna revelou que houve um considerável aumento da consciência pública sobre a depressão nesta década; esse tema é debatido constantemente nos meios de comunicação de massa. Ademais, os relatórios indicam que os profissionais da saúde abordam o problema da depressão muito mais do que o faziam antes do início do projeto.

A meta do programa de esquizofrenia era, em um período de 10 anos, reduzir pela metade o percentual de internamentos de longo-prazo de novos casos diagnosticados e de pacientes crônicos. Essa expectativa foi superada. As internações em hospitais psiquiátricos caíram em cerca de 60% para novos casos diagnosticados e aproximadamente 68% para os pacientes com esquizofrenia crônica. O programa envolveu as famílias dos pacientes e incorporou novas abordagens de tratamento

Continua

Continuação

para saúde mental. Equipes multidisciplinares trabalharam nas comunidades para manter os pacientes seguros e livres de internação. O programa foi um sucesso nacional na facilitação de uma rápida desinstitucionalização.

Lehtinen V, & Taipale V. Integrating mental health services-the Finnish experiment. International Journal of Integrated Care 2001;1(3).

A formulação de leis e o planejamento da atenção à saúde são processo em constante desenvolvimento. Para apoiar estratégias eficazes de atenção, as políticas e planos devem ser continuamente atualizados, levando em conta as inconstâncias das demandas, as prioridades e estratégias de intervenção.

Promover financiamento regular

O financiamento da saúde é um mecanismo importante pelo qual as políticas e planos se tornam realidade. As decisões financeiras baseadas nos princípios de equidade e eficácia garantem acesso e cobertura adequada a todos os segmentos da população. Todos os componentes financeiros (financiamento, alocação de recursos, contratação e reembolso) devem ser usados como meios para estimular a implementação de novas estratégias de atenção à saúde.

Em todas as circunstâncias, mas em particular no caso das condições crônicas, o financiamento se torna mais eficaz quando é uniforme em todos os níveis do sistema de saúde. Deve ser integrado nas categorias de doenças normalmente díspares como HIV/AIDS e diabetes, bem como nos níveis e cenários de atenção como a atenção primária e os cuidados hospitalares. Por fim, o financiamento deve ser estruturado de forma que os recursos possam ser mantidos com o passar dos anos. (Para maiores informações sobre o financiamento da saúde, favor ver as páginas **xx-yy** desta publicação.)

Desenvolver e alocar recursos humanos

Autoridades do setor de educação são capazes de melhorar o tratamento das condições crônicas por meio do incremento da capacitação dos trabalhadores da saúde. O programa curricular de faculdades de medicina e enfermagem, por exemplo, pode ser atualizado para melhor atender as necessidades dos pacientes que apresentam condições crônicas. Portanto, os tomadores de decisão dos Ministérios da Educação têm uma função importante na melhoria da atenção às condições crônicas e, nesse sentido, os tomadores de decisão dos Ministérios da Saúde não devem desprezar esse vínculo.

Além da atualização do programa curricular, a educação continuada exigida para profissionais da saúde na área específica das condições crônicas pode gerar um progresso substancial no tratamento desses agravos. Os incentivos e quotas são úteis para atrair e criar uma combinação otimizada de profissionais da saúde necessários para satisfazer as demandas dos problemas crônicos de saúde.

Botsuana

Liderança do Governo para Tratar as Condições Crônicas

Componentes Estruturais:

- Formar liderança e defender a causa (ambiente político)
- Desenvolver e alocar recursos humanos (ambiente político)

Botsuana está enfrentando um crescimento populacional, uma redução na taxa de fecundidade e um aumento na prevalência de condições crônicas, como câncer, diabetes e hipertensão. Observou-se um aumento no número de óbitos por derrame decorrentes de complicação da hipertensão. Em todo o país, um número crescente de pessoas com condições crônicas têm buscado tratamento. Para enfrentar o problema, o governo de Botsuana adotou uma abordagem multifacetada. Em 2002, o Ministro da Saúde montou uma equipe que se tornaria responsável pela vigilância, prevenção e controle de doenças não transmissíveis. Além disso, o aumento progressivo da carga de HIV/AIDS acarretou uma mudança na capacitação de trabalhadores da saúde que antes eram treinados apenas na atenção de problemas agudos.

Fonte: Ministério da Saúde de Botsuana, Divisão de Serviços Comunitários, Unidade de Epidemiologia e Controle de Doenças, 2002.

O conceito de alocação e desenvolvimento de recursos humanos ultrapassa o campo de ação dos provedores de serviços diretos. Os planejadores de políticas e serviços, os pesquisadores, os projetistas da tecnologia de informação e o pessoal de apoio são necessários para melhorar a atenção aos problemas crônicos de saúde. Devem-se explorar novas categorias de trabalhadores da saúde como os conselheiros de autogerenciamento, visto que podem ajudar a atender as crescentes demandas no tratamento das condições crônicas.

Índia

Gerenciamento e Prevenção Integrada de DNT

Componentes Estruturais:

- Integrar políticas (ambiente político)
- Formar liderança e defender a causa (ambiente político)
- Desenvolver e alocar recursos humanos (ambiente político)

As doenças cardiovasculares e cerebro-vasculares, o diabetes e o câncer estão emergindo como sérios problemas de saúde pública na Índia. Sem considerar a crescente proporção de pessoas mais velhas, a exposição da população aos riscos associados a certas condições crônicas está se intensificando. Nesse país, a obesidade está em ascensão, a prática de atividade física em declínio e o tabagismo representa um sério problema.

Continua

A despeito da presunção de que as doenças não transmissíveis são mais prevalentes nos grupos de alta renda, os dados de uma pesquisa nacional, realizada na Índia, referentes a 1995-1996 demonstram que o fumo e o abuso de bebidas alcoólicas são 20% mais altos nos grupos de baixa renda. Nesse sentido, o governo do país prevê que a prevalência de doenças relacionadas ao tabagismo irá ascender nos grupos socioeconômicos mais baixos nos próximos anos.

O governo da Índia adotou um programa integrado de gerenciamento de doenças não transmissíveis. Os principais componentes desse programas são:

- Educação em saúde para a prevenção primária e secundária das DNT mediante a mobilização da comunidade, envolvendo os meios de comunicação de massa.
- Desenvolvimento de protocolos de tratamento para educação e capacitação de médicos no diagnóstico e gerenciamento das DNT.
- Fortalecimento e/ou criação de instituições para diagnóstico e tratamento das doenças cardiovasculares (DCV) e derrame, e o estabelecimento de serviços de referência em saúde.
- Promoção da produção de medicamentos de baixo custo para combater o diabetes, a hipertensão e o infarto do miocárdio.
- Desenvolvimento e sustentação de instituições para reabilitação de pessoas com incapacidades
- Apoio a pesquisas a:
 - Estudos epidemiológicos sobre DCV, derrames, diabetes
 - Intervenções multisetoriais baseadas na população para reduzir os fatores de risco
 - Função da nutrição e dos fatores relacionados ao estilo de vida
 - Desenvolvimento de intervenções com boa relação custo-eficácia em cada nível da atenção

Fonte: Planning Commission, Índia, 2002.

Apoiar estruturas legislativas

As leis e regulamentos podem reduzir a carga das condições crônicas. Por exemplo, a legislação que torna obrigatório o uso de cinto de segurança, regula os limites de velocidade e permite a interposição de ação judicial contra condutores não habilitados é vital para a prevenção de lesões incapacitantes que, em geral, se tornam problemas crônicos. O controle dos produtos nocivos à saúde também minimiza a carga associada às condições crônicas. Leis que impõem limite de idade e estatutos locais que restringem a venda de cigarro e bebida alcoólica a menores são eficazes, assim como as que limitam ou proíbem a propaganda de cigarro. As regulamentações que tratam da rotulagem informativa dos alimentos devem ser consideradas.

As leis também podem proteger os direitos das pessoas que apresentam condições crônicas. É possível promover os direitos humanos na atenção à saúde por meio do acesso à assistência e ao tratamento voluntário. Pode-se desenvolver e fazer cumprir

marcos normativos que protegem as instituições e os trabalhadores da saúde. Leis antidiscriminatórias que tratam de habitação e emprego para pessoas com condições crônicas devem ser adotadas.

Fortalecer parcerias

No ambiente político, parcerias sólidas entre os setores do governo podem influenciar a saúde e o trato das condições crônicas. É preciso considerar os setores agrícola, trabalhista, educacional e de transporte em virtude da importância e extraordinária possibilidade de influenciarem a saúde e auxiliarem na prevenção de problemas crônicos. Mas que nem sempre esses segmentos atuam de maneira positiva. Por exemplo, as políticas agrícolas baseadas exclusivamente em objetivos comerciais nem sempre estão em consonância com as necessidades nacionais de saúde e nutrição; as políticas de transporte poderiam ser mais atuantes na promoção da atividade física e melhoria da segurança.

É imperativo trabalhar com segmentos distintos para facilitar a identificação de políticas que maximizem o estado de saúde da população enquanto tratam das necessidades econômicas. Os setores não-governamentais da saúde, como os prestadores privados e as entidades filantrópicas, também podem ser influenciadores. Vínculos com governos distritais, municipais ou locais e entidades comunitárias como grupos religiosos, escolas e empregadores podem igualmente ser avaliados e fortalecidos onde necessário. As ONGs de profissionais, de pacientes e de famílias devem ser consideradas parceiros importantes para a melhoria do tratamento das condições crônicas.

Peru

Melhorando a Atenção para TB Mediante Apoio Político

Componentes Estruturais:

- Formar liderança e defender a causa (ambiente político)
- Promover financiamento regular (ambiente político)
- Garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos (organização de saúde)
- Organizar e equipar o pessoal da saúde (organização de saúde)

No Peru, a TB é uma prioridade nacional. O programa de TB desse país aumentou a proporção de casos infecciosos tratados com DOTS de 70%, em 1990, para 100% em 1998, com uma taxa de cura acima de 90%. No programa, os medicamentos são distribuídos gratuitamente e o fornecimento de alimentos é um incentivo para aumentar a aderência ao tratamento entre pacientes de baixa-renda. O rápido êxito desse programa foi possível pelo fato de o país ter capacitado enfermeiros, ao que se somou o compromisso político, a disponibilização de recursos suficientes para os medicamentos e uma liderança dinâmica.

Fonte: Scaling up the response to infectious diseases: A way out of poverty. World Health Organization, 2002

República Islâmica do Irã

Abordando as Condições Crônicas na Atenção Primária

Componentes Estruturais:

- Fortalecer parcerias (ambiente político)
- Formar liderança e defender a causa (ambiente político)
- Desenvolver e alocar recursos humanos (ambiente político)
- Promover coordenação e continuidade (organização de saúde)
- Organizar e equipar o pessoal da área de saúde (organização de saúde)

Desde 1979, a política sanitária da República Islâmica do Irã tem sido baseada na atenção primária, com particular ênfase na expansão das redes de saúde e programas nas áreas rurais. Em cidades e pequenas vilas, o centro de saúde desempenha suas funções com o auxílio de um grande número de casas de saúde (*Health Houses*) que são os primeiros pontos de contato para os membros da comunidade. Cada casa de saúde atende uma população de cerca de 1500 pessoas e os *behtarz* (i.e., trabalhadores da saúde) são responsáveis pela prestação dos cuidados. Os centros de saúde rurais contam com clínicos gerais, parteiras e dentistas. Esses centros supervisionam, apóiam e atendem os casos referidos pelas casas de saúde. Os centros de saúde urbanos desempenham suas funções principalmente com o auxílio dos postos de saúde. Os hospitais distritais nas cidades atendem os casos referidos pelos centros de saúde urbanos e são responsáveis por serviços especializados, hospitalares e atendimento ambulatorial.

Recentemente, muitas regiões adotaram padrões e diretrizes claras sobre diabetes e hipertensão. As atividades primárias nas casas e postos de saúde identificam na comunidade casos que não receberam tratamento e fornecem cuidados de seguimento especialmente para os casos de tuberculose, malária e distúrbios mentais. A inclusão da hipertensão e do diabetes em algumas comunidades também é recente.

O Ministério da Saúde (*Ministry of Health and Medical Education*) compartilha a responsabilidade de provisão dos serviços de saúde e capacitação médica em todo o país. A participação ativa da comunidade também é estimulada no que diz respeito ao planejamento e implementação de serviços de saúde.

Nos últimos 15 anos, a expectativa de vida na República Islâmica do Irã aumentou em 13 anos para homens e em 15 para mulheres. Da mesma forma, as taxas de mortalidade materno-infantil decresceram para menos de ¼ do que representavam 15 anos atrás. A cobertura da atenção primária atinge mais de 90% da população e esse percentual é expressivamente maior que as taxas insignificantes de cobertura vigentes no início dos anos oitenta. Essas conquistas na saúde ocorreram durante uma transição demográfica e epidemiológica no país.

Fonte: Ministry of Health and Medical Education, República Islâmica do Irã, 2001.

Filipinas

Reforma Nacional do Setor Saúde

Componentes Estruturais:

- Integrar políticas (ambiente político)
- Formar liderança e defender a causa (ambiente político)

O aumento da expectativa de vida, a urbanização e as mudanças no estilo de vida acarretaram uma considerável modificação na condição de saúde nas Filipinas. A globalização e a mudança social influenciaram a propagação das doenças não transmissíveis ou degenerativas em virtude do aumento da exposição ao risco. À medida que a renda per capita do país aumenta, as condições sociais e econômicas que propiciam a adoção generalizada de comportamentos prejudiciais surgem gradualmente. Isso, por sua vez, incitou um grande desafio para a política e o sistema de saúde do país que precisa atender um número crescente de doenças degenerativas em meio à agenda inconclusa de doenças transmissíveis.

O Programa de Reforma do Setor Saúde do Departamento de Saúde das Filipinas está incrementando os serviços para garantir uma prestação mais eficaz dos programas de saúde pública. O grupo-alvo é a população mal servida. As reformas do setor saúde estão ocorrendo em todo o sistema.

No que diz respeito às condições crônicas, as atividades de reforma enfocam:

- Normas e direcionamentos clínicos
- Sistemas de vigilância
- Sistemas de registro
- Abordagens baseadas na comunidade
- Pesquisa
- Financiamento da saúde

Essas atividades são adaptadas às necessidades específicas de diferentes condições crônicas, incluindo doença cardiovascular, câncer, diabetes, asma e transtornos osteomusculares.

Fonte: Ministério da Saúde das Filipinas, 2001.

Cuidados Inovadores para Condições Crônicas



Resultados Favoráveis no Tratamento das Condições Crônicas

Resumo

Os tomadores de decisão e outros líderes da saúde encontram-se em situação favorável para iniciar mudanças nos sistemas de saúde visando tratar as condições crônicas. Para serem mais eficazes, os líderes precisam considerar a possibilidade de exercerem influência sobre os níveis micro, meso e macro do sistema. A mudança pode ser iniciada paulatinamente, usando os diversos componentes estruturais descritos nessa seção. Não é necessária uma reforma completa do sistema; porém, quanto mais componentes estruturais dos níveis micro, meso e macro puderem ser integrados ao sistema de saúde, maiores os benefícios.

Quando os componentes estruturais são organizados em esquemas conceituais, os processos de planejamento e mudança podem se tornar mais claros para os líderes. Os modelos abrangentes otimizam os sistemas de saúde porque expandem a visão que as pessoas têm acerca dos problemas crônicos e, quando implementados, produzem resultados mais favoráveis. No caso das condições crônicas, os novos modelos ampliados, que incluem os componentes estruturais do nível político, anunciam um futuro mais promissor tanto para líderes da saúde quanto para pacientes.



4. Ações para Melhorar o Tratamento das Condições Crônicas

Nenhum sistema de saúde está eximido de lidar com a crescente epidemia de condições crônicas e, a despeito das limitações de recursos da área da saúde, esse encargo prevalece. Todo sistema tem recursos limitados, e mesmo aqueles com recursos aparentemente altos enfrentam o dilema de alocar ativos e planejar o futuro sistema de saúde de suas populações. Além disso, apesar da prosperidade econômica de um país, alguns grupos e regiões possuem acesso inadequado ao sistema de saúde.

Os tomadores de decisão em política e serviços enfrentam um futuro semelhante e incerto no que se refere aos cuidados para os problemas crônicos de saúde. Os desafios gerais enfrentados por eles, desde apoiar uma mudança na forma de pensar o tratamento das condições crônicas até o de assegurar um financiamento consistente, são semelhantes; entretanto, as soluções para os problemas do sistema de saúde podem diferir, tendo como base a realidade dos recursos de cada país. Todavia, o sucesso na reorientação dos sistemas de saúde dependerá da liderança e de uma orientação informada dos tomadores de decisão e do grau em que os líderes atuais continuam a investir somente no modelo de tratamento de casos agudos.

Os oito elementos essenciais, abaixo, descrevem sugestões para ação baseadas na disponibilidade de recursos. Entretanto, um único país pode ter áreas geográficas ou locais que variam o leque de recursos de um nível baixo a um nível alto. Nessas situações, o tomador de decisões individual deve priorizar as ações mais apropriadas às suas circunstâncias específicas. Locais com alto nível de recursos devem garantir que as sugestões de recursos médios e baixos sejam implementadas em acréscimo às sugestões de alto recurso para ação.

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. Liderança combinada com uma vontade de promover mudança e inovação terá muito mais impacto que a simples injeção de capital em sistemas de saúde já ineficazes.

Para melhorar o tratamento das condições crônicas, os tomadores de decisão precisam de:

- Conhecimento sobre a gravidade do problema das condições crônicas.
- Liderança para tomar uma atitude.
- Um entendimento claro sobre a situação atual do sistema de saúde.
- Um plano de ação.

Por onde começar

Oito elementos essenciais para aprimorar o sistema de saúde para as condições crônicas

1. Apoiar uma mudança de paradigma

- **O que os tomadores de decisão precisam saber**

O sistema de saúde é organizado em torno de um modelo de tratamento de casos episódico e agudo 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 área de 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. Gerenciamento adequado freqüentemente envolve medicamentos e sempre exige que os pacientes façam ajustes em seu estilo de vida para administrar seus problemas de saúde. Os sistemas de saúde baseados em um modelo de tratamento de casos agudo não conseguem atender essas demandas.

- **Qual a sua posição no momento?**

- O seu sistema de saúde fornece medicamentos, além de apoiar os esforços dos pacientes para administrar seus problemas crônicos?
- O que acontecerá se o sistema de saúde continuar a funcionar somente com base no paradigma de tratamento agudo?
- Como a mudança de paradigma do tratamento agudo para o crônico melhorará a saúde da população?

- **O que pode ser feito**

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Formar liderança e defender a causa.
- Política: Integrar políticas.
- Organização de Saúde: Garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos.
- Organização de Saúde: Organizar e equipar o pessoal da área de saúde.
- Comunidade: Aumentar a consciência e reduzir o estigma.

○ **Baixo nível de recursos**

Nesses cenários, recursos para o sistema de saúde (financeiros e humanos) são escassos. A atenção integral para condições crônicas inexistente ou é muito limitada. Falta continuidade e coordenação dos serviços de saúde. Os serviços (quando disponíveis) são fragmentados e planejados em resposta a problemas agudos. Computadores raramente encontram-se disponíveis. Apesar de ser muito comum em países de baixa renda, esse cenário de recursos não se encontra limitado a eles. Muitos países de alta renda também possuem populações (ex: populações rurais e grupos nativos) com esse perfil de sistema de saúde.

◐ **Médio nível de recursos**

Nesses cenários, há mais recursos disponíveis para o sistema de saúde, apesar de serem limitados. Em certos locais, como hospitais urbanos ou programas piloto de saúde da comunidade, o tratamento das condições crônicas é menos fragmentado, mas esses centros são poucos e inadequados para atender toda a população. Os prestadores de atenção primária desconhecem em grande parte e não possuem treinamento em tratamento continuado de condições crônicas. Existem computadores, mas esses equipamentos geralmente estão em locais urbanos. Dados sobre data de admissão e alta das clínicas e hospitais podem ser as únicas informações disponíveis nos sistemas de informação.

● **Alto nível de recursos**

Esse cenário de recursos apresenta-se na maioria das vezes em locais desenvolvidos economicamente, que possuem recursos adequados para o sistema de saúde. Locais especializados, por vezes, possuem programas inovadores para condições crônicas. Entretanto, apesar da relativa disponibilidade de recursos, a maioria dos sistemas de saúde ainda usa um modelo de tratamento episódico e agudo. Computadores e sistemas de informações são comuns, apesar de os indicadores, por eles monitorados, serem usados basicamente para propósitos financeiros.

Exemplos de ações

- Compartilhar este documento com outros tomadores de decisão para iniciar um debate sobre as mudanças no sistema de saúde.
- Reunir informações sobre o problema das condições crônicas no âmbito de sua atuação.
- Sensibilizar os responsáveis pela elaboração das políticas e as autoridades da Saúde para o crescente ônus das condições crônicas e para a existência de estratégias eficazes para administrá-las.
- ◐ Usar meios de comunicação como fórum para educação e promoção de novas atitudes por parte do público geral, mediante publicidade, anúncios e programação normal.
- ◐ Usar vozes poderosas e com credibilidade, que já se encontrem disponíveis, para divulgar informações sobre as condições crônicas.
- Encorajar a divulgação de novas idéias por meio de projetos locais de demonstração de modelos e estratégias de cuidados inovadores.
- Usar estratégias de Marketing de Massa para persuadir a população a pensar de maneira diferente sobre as condições crônicas.

2. Gerenciar o ambiente político

O que os tomadores de decisão precisam saber

A elaboração de políticas e o planejamento dos serviços ocorrem inevitavelmente em um contexto político. Os tomadores de decisões políticas, líderes da área da 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.

Qual a sua posição no momento?

- Existem mecanismos para obter assessoria daqueles que podem influenciar o processo político de mudança do sistema de saúde?
- Os envolvidos são instruídos com relação aos benefícios do gerenciamento das condições crônicas?
- Até que ponto as perspectivas múltiplas dos envolvidos são incorporadas ao planejamento do sistema de saúde?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Formar liderança e defender a causa.
- Organização de Saúde: Garantir a qualidade por meio de liderança e incentivos.
- Comunidade: Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio.
- Comunidade: Aumentar a consciência e reduzir o estigma.

Exemplos de ações

- Educar e informar pacientes, familiares, e outras pessoas com influência a respeito da crescente carga das condições crônicas e da existência de estratégias eficazes para o gerenciamento dessas condições no contexto do país.
- Estabelecer diálogo com líderes chave do governo, da organização de saúde, e da comunidade, para melhor entender seus valores e interesses.
- Usar os líderes de opinião do sistema de saúde e os líderes comunitários para defender a mudança em contextos locais.
- ◐ Identificar as organizações e associações que representam interesses diversos no debate sobre sistema de saúde.
- ◐ Incluir os interessados diretos na formulação de política e no planejamento dos serviços.
- ◐ Formar liderança política e comprometimento para reorientar o sistema de saúde para as condições crônicas.
- Estabelecer revisões sistemáticas dos custos e efeitos do gerenciamento das condições crônicas.
- Conduzir pesquisas locais para demonstrar a relação custo-eficácia das estratégias e modelos inovadores de tratamento.

3. Desenvolver um sistema de saúde integrado

O que os tomadores de decisão precisam saber

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 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 de saúde (e.g., sistema de internação, ambulatorial e farmacêutico), incluindo iniciativas de prevenção e incorporando 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.

Qual a sua posição no momento?

- Até que ponto os segmentos do seu sistema de saúde encontram-se integrados?
- Se for permitida a fragmentação dos serviços, qual será o custo? Qual é o benefício?
- Que estratégias foram usadas no passado para integrar com sucesso os fragmentos do sistema ao todo?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Integrar políticas.
- Política: Fortalecer parcerias.
- Organização de Saúde: Usar sistemas de informação.
- Comunidade: Mobilizar e coordenar recursos.

Exemplos de ações

- Garantir que as políticas, os planos e as estruturas financiadoras estejam atualizados e reflitam mensagens consistentes sobre as condições crônicas.
- Desenvolver registros básicos de pacientes – que podem ser simples com o uso de lápis e cadernos - e sistemas básicos de informação.
- Atualizar sistemas de informação para aumentar a coordenação entre os cenários de sistemas de saúde público e privado, os prestadores e o tempo.
- Desenvolver estratégias de intercâmbio de informações entre organizações de saúde e comunidades.
- Conectar os cenários do sistema de saúde mediante um sistema comum de informações.

4. Alinhar políticas setoriais para a saúde

O que os tomadores de decisão precisam saber

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 (*Saúde para Todos no Século XXI, Organização Mundial 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 pesticidas), à educação (e.g., ensinando a promoção da saúde nas escolas), e a estruturas legislativas mais amplas.

Qual a sua posição no momento?

- Até que ponto se trabalha para unir os setores públicos e privados, os setores de saúde não governamentais e as ONGs não relacionadas à saúde?
- Quais as vantagens e desvantagens de se desenvolver relacionamentos com outros setores?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Integrar políticas.
- Política: Fortalecer parcerias.

Exemplos de ações

- Desenvolver elos com os trabalhadores do setor privado de saúde, incluindo aqueles tradicionais.
- Desenvolver elos com setores governamentais fora da área de saúde que têm potencial para influenciar a saúde da população.
- Apoiar regulamentação e legislação que limitem o marketing de produtos de risco para a saúde pública (e.g., tabaco e álcool).
- Implementar atividades de prevenção com base na população, em cooperação com outros setores governamentais.
- Implementar um corpo dirigente multissetorial público e/ou privado, que defenda a promoção da prevenção e o gerenciamento abrangente das condições crônicas.

5. Aproveitar melhor os recursos humanos do setor saúde

O que os tomadores de decisão precisam saber

Os prestadores de serviço, o pessoal da área de saúde pública e aqueles que apóiam organizações saúde precisam de novos modelos de equipe de saúde e habilidades para administrar as condições crônicas com base em provas. 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. Claramente, 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 os voluntários treinados possuem funções essenciais a desempenhar.

Qual a sua posição no momento?

- Qual o status dos modelos de treinamento e que abordagens para a alocação de tarefas entre o pessoal da área de saúde estão sendo promovidas?
- Quais são os benefícios potenciais da utilização de pessoal de diversas áreas da saúde nas organizações e comunidades?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Integrar políticas.
- Política: Fortalecer parcerias.
- Organização de Saúde: Organizar e equipar o pessoal da área de saúde.
- Comunidade: Apoiar o autogerenciamento e a prevenção.

Exemplos de ações

- Promover habilidades básicas de treinamento para trabalhadores da saúde que auxiliam pacientes com condições crônicas.
- Onde existem trabalhadores de saúde com múltiplos propósitos, estude a possibilidade de reforçar a tomada de decisão criando elos com especialistas.
- Educar trabalhadores da saúde por meio de workshops e material impresso.
- Tomar obrigatória a educação continuada sobre o gerenciamento das condições crônicas para grupos de trabalhadores da área de saúde.
- Influenciar escolas de medicina e outros programas de treinamento a promover o gerenciamento das condições crônicas.
- Implementar comitês conjuntos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação para promover um entendimento comum das necessidades de educação médica.
- Desenvolver um leque de pessoal do sistema de saúde (e.g., conselheiros de autogerenciamento e especialistas no aprimoramento da qualidade) para atender às necessidades, em freqüente mudança, do sistema de saúde.
- Realocar recursos destinado a treinamento em favor do pessoal da área de saúde.

6. Centralizar o tratamento no paciente e na família

O que os tomadores de decisão precisam saber

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 atual. 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.

Qual a sua posição no momento?

- Até que ponto o seu sistema de saúde enfatiza o papel do paciente e da família no tratamento das condições crônicas?
- Como o sistema de saúde se aperfeiçoaria caso uma significativa parcela do tratamento fosse transferida para o paciente? Haveria economia de dinheiro? O sistema se tornaria mais eficiente?
- O que acontecerá se as responsabilidades e o papel dos pacientes continuarem a ser ignorados?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Organização de Saúde: Organizar e equipar o pessoal da área de saúde.
- Comunidade: Apoiar o autogerenciamento e a prevenção.

Exemplos de ações

- Fornecer informações básicas sobre o gerenciamento das condições crônicas para pacientes e familiares.
- Incluir instruções de apoio ao autogerenciamento durante as interações do tratamento.
- ◐ Desenvolver workshops educacionais e de capacitação para pacientes e familiares sobre o gerenciamento das condições crônicas.
- ◐ Usar material educativo impresso para complementar as orientações de autogerenciamento.
- Proporcionar aos pacientes e às famílias acesso à informação e apoio ao autogerenciamento fora do estabelecimento de saúde, utilizando telefone ou Internet.
- Usar recurso computadorizado de auto-avaliação do paciente para a preparação de materiais individualizados de autogerenciamento.

7. Apoiar os pacientes em suas comunidades

O que os tomadores de decisão precisam saber

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 serviços e apoio de outras instituições nas comunidades. Além disso, as comunidades podem preencher uma lacuna crucial nos serviços de saúde que não são oferecidos por um sistema de saúde organizado.

Qual a sua posição no momento?

- Até que ponto o seu sistema de saúde conta com os diferentes serviços da comunidade para apoiar o tratamento das condições crônicas?
- O sistema de saúde possui métodos para o intercâmbio de informações e a interação com os serviços da comunidade?
- Os trabalhadores da área de saúde encaminham rotineiramente os pacientes para serviços da comunidade?
- Os recursos da comunidade estão apoiados de maneira adequada para ajudar na consideração das necessidades que não são atendidas pelas organizações de saúde?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Comunidade: Promover melhores resultados por meio de liderança e apoio.
- Comunidade: Aumentar a consciência e reduzir o estigma.
- Comunidade: Mobilizar e coordenar recursos.
- Comunidade: Fornecer serviços gratuitos.

Exemplos de ações

- Apoiar e envolver os grupos comunitários e as ONGs no fornecimento de tratamento das condições crônicas.
- Estabelecer uma estrutura na qual as organizações de saúde e os serviços da comunidade possam trocar informações quanto a políticas e estratégias.
- Apoiar o papel das organizações comunitárias na elaboração de políticas e planejamento de serviços.
- Desenvolver estratégias de intercâmbio de informações do paciente entre organizações de saúde e comunidades.
- Garantir que os empregadores sejam informados sobre o gerenciamento das condições crônicas. Tomar medidas para fornecer suporte aos esforços de prevenção e autogerenciamento no local de trabalho.

8. Enfatizar a prevenção

O que os tomadores de decisão precisam saber

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

Qual a sua posição no momento?

- Até que ponto seu sistema de saúde enfatiza a prevenção do surgimento de condições crônicas ou das complicações decorrentes?
- Se as estratégias de prevenção fossem discutidas em cada contato com o paciente, que impacto poderia ser previsto na saúde dos cidadãos? Que previsões podem ser feitas sobre a prevalência das condições crônicas se a prevenção for ignorada no sistema de saúde?

O que pode ser feito

Considere o uso dos seguintes componentes estruturais do modelo CICC:

- Política: Integrar políticas.
- Política: Fortalecer parcerias.
- Política: Apoiar estruturas legislativas.
- Organização de Saúde: Organizar e equipar o pessoal da área de saúde.
- Organização de Saúde: Apoiar o autogerenciamento e a prevenção.
- Organização de Saúde: Usar sistemas de informação.
- Comunidade: Fornecer serviços complementares.

Exemplos de ações

- Garantir que a prevenção das condições crônicas seja um assunto tratado nas consultas da atenção primária.
- Proporcionar aos trabalhadores da área de saúde informações e habilidades básicas para auxiliar os pacientes a minimizar os riscos associados às condições crônicas.
- Apoiar regulamentação e legislação que limite o marketing de produtos de risco para a saúde pública (e.g., tabaco e álcool)
- Apoiar atividades de prevenção baseadas na população.
- ◐ Monitorar os fatores de risco e identificar pessoas em risco de desenvolver condições crônicas.
- ◐ Auxiliar os provedores por meio de educação e ferramentas que coloquem “a prevenção em primeiro lugar”
- Garantir que todo encontro com o paciente trate de prevenção.
- Alinhar os incentivos dos fornecedores para que os esforços de prevenção sejam compensados.

Como financiar: garantindo apoio financeiro adequado e sustentável para cuidados inovadores

O financiamento é um dos meios mais importantes para implementar os oito elementos essenciais acima descritos. Em geral, um financiamento apropriado para o tratamento das condições crônicas deve se guiar por princípios compatíveis com aqueles usados no sistema de saúde dominante (ver *Relatório Mundial da Saúde 2000 da OMS* para uma completa revisão do financiamento dos sistemas de saúde):

- As pessoas devem ser protegidas contra riscos financeiros catastróficos decorrentes da doença
- Os saudáveis devem subsidiar os doentes
- Os ricos devem subsidiar os pobres, pelo menos até certo ponto.

Não obstante esses princípios gerais, as condições crônicas apresentam características singulares que afetam o financiamento, e esses atributos especiais devem ser considerados.

Um leque de serviços é necessário para gerenciar as condições crônicas

O tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, tratamento de manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo, reabilitação e tratamento paliativo ou em instituições. Para alguns pacientes, também são necessários serviços sociais atuantes na comunidade. Essas diferentes formas de serviços são tipicamente fornecidas em diversos âmbitos, e com frequência, por muitas equipes de saúde diferentes. Como resultado, os serviços são frequentemente duplicados sem necessidade com desperdício significativo de recursos econômicos escassos.

A despeito do leque de serviços requeridos, é importante lembrar que intervenções mais caras não são necessariamente as melhores. Na maior parte dos sistemas de saúde existem oportunidades para melhorar o uso dos recursos por meio de exame cuidadoso dos serviços requeridos. A prática atual de gerenciamento das condições crônicas pode parecer cara, especialmente para os países em desenvolvimento, mas não deve obscurecer o fato de que intervenções de baixo custo se encontram disponíveis - e são, em muitos casos, o tratamento de primeira linha - para uma série dessas condições.

Muitas das doenças não transmissíveis, incluindo doença cardiovascular, diabetes, distúrbio mental e cânceres, podem ser tratadas com intervenções de custo relativamente baixo, especialmente com a prática de ações preventivas relacionadas à dieta, ao fumo e ao estilo de vida.

*Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development
Relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde, 2001.*

As necessidades dos pacientes com condições crônicas são previsíveis e de longo prazo

Pacientes que apresentam condições crônicas tendem a usar o serviço de saúde regularmente e de maneira previsível, se comparado às necessidades imprevisíveis de pacientes com problemas agudos. Como resultado, os esquemas de seguro privado podem tentar evitar firmar contrato com esses pacientes de “alto risco”, ou cobrar prêmios de seguro mais altos. Se os prêmios de seguro subirem muito, os pacientes podem escolher abdicar desse tipo de proteção financeira, colocando a si próprio e a sua família em risco de uma catástrofe financeira ou de perda da qualidade de vida em virtude de condições crônicas não tratadas.

Alocação de recursos para condições crônicas desafia o *status quo* histórico

As condições crônicas compartilham características fundamentais e impõem demandas parecidas aos sistemas de saúde. Todavia, o financiamento de programas verticais para doenças específicas é normalmente feito às custas de atenção coordenada e abrangente, utilizando recursos humanos e financeiros e tempo, sem visar os problemas diários relacionados ao tratamento de complicações comuns decorrentes das condições crônicas. E, sobretudo, muitas das intervenções médicas de alto custo para tratamento agudo podem ser proteladas ou evitadas por meio de um melhor gerenciamento das condições crônicas. De fato, se o modelo de cuidados inovadores para condições crônicas for implementado, a demanda por serviços de tratamento agudo pode até diminuir.

Para implementar o modelo de cuidados inovadores para condições crônicas, é necessário reavaliar as linhas tradicionais de alocação de recursos do sistema de saúde. Reformas integradas de financiamento subentendem que linhas orçamentárias tradicionalmente separadas – por exemplo, para HIV/AIDS e diabetes – sejam integradas a fim de promover tratamentos eficientes e eficazes.

Problemas perpetuados pelo *status quo* da alocação de recursos

Os problemas	Os fatos
Alocação de recursos para intervenções que não possuem boa relação custo-eficácia	Muitas intervenções em condições crônicas são custo-efetivas, mas não estão sendo utilizadas.
Alocações de recursos para sistemas de saúde que perpetuam o tratamento episódico e fragmentado	O Sistema de Saúde que foi planejado com base no tratamento episódico é incapaz de responder efetivamente às necessidades dos pacientes que apresentam condições crônicas.
Alocação de recursos para diversas doenças com abordagem fragmentada	Condições crônicas não são mais consideradas isoladamente. Está ficando cada vez mais claro que estratégias semelhantes podem ser igualmente eficazes no tratamento de muitas condições crônicas diferentes.
Gastos desproporcionais para selecionar subgrupos	Em muitos países, os gastos com a saúde encontram-se concentrados em áreas urbanas ou ricas, ou em hospitais terciários.
Falta de sustentabilidade de infraestruturas financiadas por doadores e dependência de recursos externos	Muitos países dependem de doadores para contemplar uma grande parcela dos seus gastos totais com saúde. Em alguns casos, os doadores podem inadvertidamente apoiar uma abordagem fragmentada para as condições crônicas por meio do apoio a certas patologias em detrimento de outras, e devido à natureza limitada de alguns dos subsídios dos doadores.

Argumentos econômicos, tais como os apresentados no presente relatório, podem convencer os tomadores de decisão da necessidade de gerar novos recursos, ou de transferir os recursos existentes, para o tratamento das condições crônicas. Os tomadores de decisão podem também querer saber os custos de curto prazo envolvidos na execução dessa mudança. Usando uma taxa de prevalência realística e o número recomendado de contatos com o paciente em um ano, o custo de tempo para o pessoal da área de saúde poderá ser obtido. O custo dos medicamentos para várias condições crônicas também pode ser estimado. Os custos indiretos, tais como investimentos em sistemas de informação, treinamento, e o alcance comunitário são outros componentes que podem ser considerados.

Apesar de alguns suporem ser um desafio de enormes proporções, o uso racional dos recursos da saúde para tratar as condições crônicas pode não ser tão dispendioso. Na verdade, a experiência de diversos países em desenvolvimento demonstra que é possível melhorar a situação da saúde da população a um custo muito baixo.

Rwanda

Em **Ruanda**, esquemas piloto de pré-pagamento, em conjunto com auxílio externo, estão permitindo que centros de saúde cubram os serviços para pacientes com HIV/AIDS. O prêmio anual de FRw 2.500 (US\$ 7,80) dá direito a uma família de até sete integrantes a se tornarem membros por um ano. Os membros beneficiam-se de todos os serviços e dos medicamentos essenciais fornecidos no centro de saúde, transporte em ambulância para o hospital do distrito e um pacote limitado de benefícios em um hospital do distrito. Esse programa piloto mostra que o pré-pagamento da comunidade baseado em valores de solidariedade, complementados com auxílio externo, pode garantir o acesso ao tratamento para indivíduos que apresentam condições crônicas complexas e de alto custo. Os esquemas de pré-pagamento nos três locais do programa piloto resultaram em:

- Aumento do uso dos serviços de saúde, incluindo a prevenção
- Aumento do acesso financeiro aos serviços de saúde
- Aumento na qualidade do tratamento

Fonte: www.unaids.org

Estratégias para a geração de recursos para condições crônicas

A escassez dos recursos é um problema na maior parte dos cenários da saúde. Entretanto, a Comissão de Macroeconomia e Saúde, em seu relatório Macroeconomia e Saúde: Investimento em Saúde para o Desenvolvimento Econômico (2001), concluiu que, via de regra, o aumento dos gastos orçamentários com a Saúde é factível até mesmo em países com renda média e baixa. A Comissão estimou que esses países poderiam aumentar seus gastos em um por cento de seus PIB até 2007, e em dois por cento até 2015. Mesmo não sendo suficientes para satisfazer o espectro total das necessidades da área de saúde, essas somas representariam passos importantes e significativos na direção correta.

Existem vários mecanismos de financiamento que podem ser considerados para geração de recursos para o tratamento das condições crônicas.

Sistemas de pré-pagamento universais

Sistemas de pré-pagamento tais como pagamento de impostos e previdência social são a fonte mais sustentável, estável e progressiva de financiamento.

Costa Rica

O governo da **Costa Rica** obteve sucesso na consecução da cobertura universal dos serviços de saúde por meio de mecanismos de pré-pagamento e reformas no setor, que se iniciaram em 1994. Essas reformas estenderam a cobertura aos 10 por cento da população (em sua maioria pobre) que anteriormente não usufruíam desse acesso. Contratos virtuais (Comitês de Gerenciamento) foram implementados para melhorar a eficiência e a qualidade, o que permitiu ao governo alcançar a cobertura universal com um gasto orçamentário apenas três por cento maior. A reforma do setor saúde estabeleceu um novo modelo de tratamento com uma abordagem integrada, que prevê as demandas e encoraja os esforços comunitários. Esse modelo tem como base uma estratégia de atenção primária que garante cuidados contínuos, abrangentes e oportunos para toda a população e inclui um pacote de serviços direcionados à prevenção, detecção e tratamento. Por acordo mútuo, a entidade financiadora-compradora e o fornecedor do serviço especificam os resultados por eles esperados e os mecanismos de alocação de recursos.

Fonte: www.paho.org

Financiamento comunitário

Em países pobres onde os recursos adicionais de financiamento são urgentemente necessários, os esquemas de financiamento comunitário são uma opção viável para fornecer proteção financeira e acesso ao sistema básico de saúde aos pobres. Esses esquemas possibilitam um acesso mais bem distribuído que as taxas de usuário, além de serem relativamente sustentáveis e mais adequados para as necessidades de pacientes que apresentam condições crônicas.

A efetividade e a sustentabilidade dos esquemas de financiamento comunitário podem ser ressaltados por meio de:

- Subsídios bem direcionados para pagar prêmios das populações pobres
- Esquemas de resseguro para ampliar o tamanho efetivo dos grupos de pequeno risco
- Investimento em estratégias efetivas de prevenção e gerenciamento de doenças
- Aperfeiçoamento da capacidade de gerentes de esquemas locais de financiamento da comunidade
- Fortalecimento de laços com redes formais de prestadores e de financiamento

Preker, AS, Carrin, G, Dror, Jakab, M, Hsiao, W, Arbin- Tenorang, D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. Boletim da Organização Mundial da Saúde 2002, 80 (2), 143-50.

Guiné-Bissau

Na **Guiné Bissau**, o sistema de pré-pagamento Abota fornece acesso a cuidados básicos no âmbito da vila e a um pacote de medicamentos essenciais, assim como serviços gratuitos em níveis mais elevados de referência. Os cuidados à saúde são fornecidos voluntariamente por membros da vila treinados. Cada comitê de vila (menor nível de descentralização do país) administra o sistema Abota. Os pontos fortes da estratégia incluem:

- A possibilidade de pagamento. Esse esquema é possível pagar porque a contribuição é estabelecida no âmbito da vila e considera as rendas sazonais.
- Apoio da comunidade.
- Revitalização dos postos de saúde da vila

Desde o início do programa, o acesso aos cuidados básicos de saúde tem melhorado consideravelmente e uma associação quase universal tem sido documentada nas vilas participantes.

Chabot J et alii; National community health insurance at village level: the case from Guinea Bissau. Health Policy and Planning, 1991; 6,1: 46-54.

Sobrecarga de impostos

Criar uma sobrecarga de impostos para produtos que tragam danos à saúde (ex: tabaco e álcool) é um mecanismo eficaz de desencorajar o consumo e criar o benefício extra de gerar novos recursos para o financiamento das condições crônicas.

Em muitos países, as oportunidades para aumentar os preços de cigarros mediante sobrecarga de impostos, aumentar a renda do governo e melhorar a saúde têm sido subestimadas. Há uma grande discrepância entre os minutos necessários para adquirir um maço de cigarros de marca local: de 7 minutos em **Taiwan, China**, aos 92 minutos no **Quênia**. Por todo o mundo, os cigarros não conseguiram manter o passo com o nível de preço geral de bens e serviços, tornando-se relativamente mais acessíveis no ano 2000 do que eram em 1991.

Guindon GE, Tobin S, & Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. Tobacco Control 2002; no prelo.

EUA e China

O **Estado de Oregon nos EUA** alcançou reduções impressionantes de consumo *per capita* após a implementação, em 1996, de uma iniciativa apoiada por votação para aumentar os impostos sobre o tabaco e autorizar o financiamento de um programa educacional de prevenção ao uso de tabaco em âmbito estadual. Entre 1996 e 1998, o consumo de tabaco *per capita* diminuiu 11,3% (ou 10 maços *per capita*) em Oregon. De maneira semelhante, os **Estados da Califórnia e Massachusetts** mostraram que a implementação de programas abrangentes de

Continua

controle de tabaco em âmbito estadual pode resultar em reduções substanciais no uso do tabaco. Entre 1992 (o ano anterior à aprovação por voto da petição para aumentar os impostos sobre o tabaco e financiar uma campanha estadual de comunicação de massa contra o tabagismo) e 1996, o consumo per capita diminuiu 20% em Massachusetts. O consumo per capita na Califórnia teve uma redução de 16% no mesmo período.

A sobrecarga de impostos **não serve apenas para países desenvolvidos**. Ao contrário, o Banco Mundial estima que um aumento de 10 por cento em um maço de cigarros reduzirá a demanda por cigarros em aproximadamente quatro por cento nos países de alta renda. Nos países de baixa e média renda, onde rendas mais baixas costumam fazer as pessoas responderem mais a mudanças nos preços, espera-se que a demanda diminua em oito por cento. Mais ainda, crianças e adolescentes respondem a aumentos de preços mais do que adultos, então a sobrecarga de impostos teria um impacto significativo no início do tabagismo na juventude dos países em desenvolvimento.

Na **China**, estimativas conservadoras sugerem que um aumento de dez por cento nos impostos sobre cigarros, diminuiria o consumo em cinco por cento e aumentaria a renda em cinco por cento. O aumento dos impostos seria suficiente para financiar um pacote de serviços de saúde essenciais para um terço dos 100 milhões de cidadãos mais pobres da China.

Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs — Agosto 1999. Atlanta GA: USA. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Agosto - 1999.

Prabhat Jha e outros, 1999, Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control (Washington: Banco Mundial).

Recursos privados

Cada vez mais, os recursos do setor privado estão sendo considerados viáveis para o financiamento da saúde pública. Esses recursos podem ser gerados por indivíduos, como

Índia

Na **Índia**, alguns estados iniciaram esquemas de financiamento inovadores para mobilizar os recursos privados para o setor público de saúde. Por exemplo, Kerala estabeleceu uma medida inovadora para aumentar os recursos para o controle do câncer colocada em prática por um notável envolvimento da comunidade. Anunciou-se que 25 por cento das contribuições a um título de desenvolvimento seriam usados para o mapeamento e o controle do câncer. Isso resultou em uma resposta positiva inesperada, que se traduziu em um financiamento 700 por cento maior que o esperado. A quantia obtida para o mapeamento e controle do câncer foi equivalente a aproximados dez anos de orçamento sancionado.

Purohit, BC. Private initiatives and policy options: recent health system experience in India. Health Policy and Planning, 2001, 16(1):87-97.

no caso da Índia exemplificado abaixo. Empresas que estejam em posição de doar equipamento médico ou medicamentos essenciais, ou que possam determinar que o investimento na saúde da população não será apenas bom para a sociedade, mas também bom para os negócios, representam um recurso extra.

Financiamento de doador

Mesmo com um aumento no financiamento doméstico, muitos países de baixa renda continuarão a contar com doadores externos para uma parte de seus orçamentos de saúde. Nesses casos, é crucial para os tomadores de decisão do país defender estratégias inovadoras de saúde que tratem das condições crônicas.

Uganda

Em **Uganda**, o governo identificou a saúde mental como uma de suas áreas prioritárias. O tratamento dos distúrbios mentais foi incluído no Pacote de Tratamento de Saúde Mínimo de Uganda (UMHCP), ambas parte da Política de Saúde e do Plano Estratégico do Setor de Saúde. A presença de pessoas no governo, comprometidas com uma agenda de saúde mental, foi importante para alcançar esse objetivo. A comunidade doadora foi convencida de que a saúde mental deveria permanecer no UMHCP e continuar a receber financiamento de doadores.

Report of the Mental Health Policy Project: Working Group Meeting on Financing and Mental Health.
WHO/MSD/MPS/01.2

Aproveitando ao máximo os recursos existentes

Os tomadores de decisão podem ressaltar os resultados para as condições crônicas aplicando os recursos existentes em tratamentos mais equitativos e eficazes. Gerenciando as condições crônicas de maneira mais abrangente, as exacerbações dos sintomas agudos podem ser minimizadas, resultando assim para o sistema em uma maior eficácia na atenção à saúde.

Muitas das intervenções de tratamento agudo de alto custo podem ser proteladas ou evitadas mediante um melhor gerenciamento das condições crônicas.

Adotar um modelo de cuidados inovadores para condições crônicas

Implementar pelo menos alguns dos componentes estruturais de ação, como descrito na Seção 3, é uma boa maneira de começar. Uma melhor coordenação dos trabalhadores da saúde, políticas bem alinhadas, laços com a comunidade, investimentos em prevenção, e provisão de tratamento com base em evidências no melhor nível de relação custo-

eficácia de cuidados são alguns dos métodos mais eficazes para atingir melhorias substanciais no tratamento das condições crônicas.

Reunir indícios locais.

Em muitos cenários da saúde, é de vital importância desenvolver evidências específicas de contexto para implementar estratégias inovadoras de tratamento. São necessárias informações no nível macro para avaliar as estratégias gerais de financiamento; no nível meso para ajuizar a solvência financeira e o desempenho das organizações; e no nível micro, para apreciar os custos e efeitos das intervenções.

Alinhar incentivos

As práticas de rotina dos trabalhadores da saúde para marcar consultas, diagnosticar condições crônicas, recomendar e administrar tratamentos, oferecer orientação para autogerenciamento e prevenção, e proporcionar o encaminhamento dos pacientes afetam imensamente a utilização, a eficiência e a qualidade do sistema de saúde. Portanto, devem ser estabelecidos incentivos para os trabalhadores da saúde no sentido de maximizarem a qualidade dos cuidados ao mesmo tempo em que minimizam os custos. Em particular, os incentivos devem funcionar para promover os serviços de prevenção e autogerenciamento.

Peru e EUA

Porque as condições crônicas demandam freqüentemente aderência a tratamentos de longo prazo, incentivos especiais para pacientes a fim de promover aderência devem ser considerados. No **Peru**, por exemplo, a alimentação é fornecida como um incentivo a pacientes de baixa renda para aderir ao tratamento TB. Em **São Francisco, EUA**, um pequeno incentivo em dinheiro é oferecido a pacientes com HIV/AIDS que usem os serviços de suporte de aderência pelo menos uma vez por semana.

Scaling up the response to infectious diseases: A way out of poverty. Organização Mundial da Saúde, 2002.

Bamberger, JD, Unick, J, Klein, P, Fraser, M, Chesney, M, & Katz, MH. Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. American Journal of Public Health. 2000; 90(5): 699-701.

Exemplos de Ações para Financiamento de Cuidados Inovadores

Legislação e Política

- Em países onde os gastos públicos com a saúde sejam muitos baixos, consignar recursos financeiros domésticos adicionais.
- Aumentar impostos sobre produtos nocivos (tabaco, álcool) para reduzir a prevalência de hábitos não saudáveis e, conseqüentemente, o alastramento das condições crônicas.

Seguro

- Usar sistemas de pré-pagamento para proteger usuários de catástrofe financeira e de alastramento do risco pela população. Onde o pré-pagamento não é imediatamente possível, uma alternativa é o seguro de saúde com base na comunidade.

Continua

	<ul style="list-style-type: none"> • Encarar as taxas dos usuários como uma estratégia de financiamento que tem pouca probabilidade de ser eqüitativa ou sustentável para as necessidades das pessoas que apresentam condições crônicas. • Adotar um pacote abrangente de benefícios que inclua, mas não se limite a serviços de tratamento preventivo, apoio ao autogerenciamento, serviços de cuidados crônicos e agudos, tratamento de reabilitação, serviços de emergência e cuidados com base na comunidade.
Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • Usar incentivos financeiros para encorajar a qualidade e a eficiência. • Alinhar mecanismos de financiamento para que os serviços sejam prestados no ambiente mais apropriado e com a melhor relação custo-eficácia.
Qualidade Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir incentivos para promover continuidade e coordenação dos cuidados por trabalhadores da atenção primária. • Incorporar mecanismos apropriados para monitorar e relatar as aferições da qualidade dos cuidados, incluindo avaliação de estrutura, processo e resultado, acesso e satisfação do paciente.
Incentivos aos Sistemas de Pagamento	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer incentivos para maximizar a qualidade dos cuidados e, ao mesmo tempo, minimizar os custos: promover os serviços preventivos e o autogerenciamento.
Setor privado	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com o setor privado para otimizar o uso dos recursos disponíveis. • Considerar a utilização de acordos de aquisição pluralísticos com prestadores públicos e privados com base em um conjunto comum de regras financeiras. • Abraçar a competição justa com base no acesso, serviço, e qualidade pode melhorar os serviços de saúde para pessoas que apresentam condições crônicas. • Implementar acreditação e monitoramento contínuo do desempenho da área de saúde.
Prestação de Serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar a implementação de redes de organizações, que forneçam um continuum de serviços coordenados para uma população definida, e que sejam consideradas clínica e fisicamente responsáveis pelos resultados da população.
Reformas da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Usar iniciativas de reforma como uma oportunidade de incrementar o financiamento das condições crônicas, tais como: • Alocação de recursos e esquemas de reembolso; <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento e operação de cuidados da saúde primários; - Organização do distrito, das redes e dos sistemas de saúde integrados; - Colaboração de fornecedores privados no setor de saúde, particularmente para as populações mais pobres.

Quando iniciar a mudança: métodos testados para a rápida propagação dos cuidados inovadores

Mudanças no sistema de saúde que têm potencial para influenciar significativamente o desenvolvimento e o gerenciamento das condições crônicas podem começar imediatamente. Uma estratégia para a implementação de mudança rápida encontra-se disponível.

A Série Breakthrough

A Série Breakthrough (BTS) é uma estratégia testada para mudar rapidamente a maneira como as organizações de saúde proporcionam serviços e intervenções. A estratégia BTS é um modelo geral para realizar mudanças, mas esboça especificamente os passos críticos para a implementação de programas de saúde inovadores.

O Instituto para Aprimoramento da Saúde (*Institute for Healthcare Improvement* - IHI) desenvolveu o conceito da BTS em 1995. O propósito era unir grupos de organizações de saúde que compartilhassem o compromisso de realizar mudanças nos sistemas de suas organizações. Esses grupos, chamados grupos “colaborativos”, consistem em 20 a 40 organizações de saúde diferentes que trabalham em conjunto para aprimorar uma área operacional ou clínica específica para um determinado problema de saúde. O período de trabalho é de 6 a 13 meses e os participantes seguem um ciclo de “planejar, fazer, estudar, agir” para permitir resultados melhores. Sob a liderança de um conselho do IHI de especialistas nacionais, as equipes colaborativas estudam, testam, implementam o conhecimento científico mais moderno para acelerar melhorias em suas organizações de saúde.

Até o momento, o modelo colaborativo BTS tem sido aplicado a uma variedade de condições crônicas. Diabetes, dor lombar, insuficiência cardíaca congestiva, depressão e asma têm sido o foco de várias das iniciativas da BTS, apresentando aprimoramentos observáveis em numerosos resultados clínicos e operacionais.

Um exemplo de uma implementação de BTS vem da Clínica Campesina, uma clínica dos **EUA** que atende uma população de 15.000 pacientes. Quarenta por cento dos pacientes da clínica são de origem hispânica, 50% não possuem seguro, e 100% são mal servidos em termos médicos. O gerenciamento do diabetes foi identificado como uma área oportuna para aprimoramento. O método BTS foi usado para promover mudanças rápidas no gerenciamento dessa condição crônica. Uma redução de 10,5 para 8,5 no nível médio de HbA1c dos pacientes foi observada ao final do período de estudo. Esse resultado é significativo porque mesmo a redução de um ponto percentual de HbA1c significa uma redução de 15% a 18% na mortalidade, nos ataques cardíacos e derrames, e uma redução de 35% em complicações cardiovasculares. É preciso observar que essas melhorias clínicas ocorreram na Clínica Campesina sem insumo de qualquer recurso adicional.

Resumo

Dadas as informações atualmente disponíveis sobre a prevenção e o gerenciamento das condições crônicas e suas complicações, a não utilização desse conhecimento para modificar os sistemas de saúde mostra-se injustificada e irresponsável com relação ao futuro de nossas populações. Os países e seus tomadores de decisões podem continuar com seus equivocados tratamentos episódicos e não planejados, ou esses líderes podem conduzir a reorientação de seus sistemas de saúde de forma a aprimorar a saúde geral da população. O resultado que se seguirá será uma maior prosperidade econômica e social.

Essa seção forneceu estratégias específicas para a criação de inovações no tratamento das condições crônicas. Oito elementos essenciais para a melhoria dos cuidados foram descritos. Os componentes estruturais do nível micro, meso e macro do modelo CICC que podem ser usados para apoiar esses elementos foram identificados. Exemplos de ações específicas a serem tomadas por países ou regiões com diferentes níveis de disponibilidade de recursos foram esboçados. Os tomadores de decisão possuem uma função mais clara com uma estratégia que mostra **por onde começar** a fazer mudanças para melhorar os cuidados para problemas crônicos.

Os tomadores de decisão também dispõem de diretrizes sobre **como financiar** as condições crônicas. Estratégias para garantir que o apoio financeiro seja adequado e sustentável foram apresentadas, incluindo formas de gerar novos recursos financeiros e otimizar o apoio financeiro já existente. **Quando mudar** é agora, e o método BTS para implementar rápidas melhorias nas organizações de saúde foi descrito.

A evolução dos sistemas de saúde pode avançar rapidamente com a liderança de tomadores de decisão informados. O objetivo é abraçar uma nova estrutura abrangente que permita a inovação no tratamento das condições crônicas. Essa estrutura apóia uma mudança no modo de pensar sobre o tratamento para problemas de saúde persistentes e empenhará esforços dramáticos para solucionar o problema do gerenciamento das demandas diversas dos pacientes dados os limitados recursos. Por meio da inovação, os sistemas de saúde podem maximizar seus retornos de recursos escassos e quase inexistentes, mudando o foco de um modelo agudo para um modelo crônico.

Ao mesmo tempo em que a solução para melhorar os cuidados para condições crônicas é complexa, ela pode ser simplificada com a utilização dos componentes estruturais nos diferentes níveis do sistema de saúde e com a garantia do financiamento para as mudanças. Os tomadores de decisão devem implementar as mudanças onde possível nos níveis micro, meso e macro do sistema; começando pelo uso de algum dos componentes estruturais. Essas mudanças devem, com o tempo, apoiar a adição de mais componentes e por fim completar a estrutura do modelo proposto neste relatório para incrementar os resultados para as condições crônicas. Aqueles que sustentam a inovação experimentam hoje os benefícios, e garantem para o futuro o sucesso da saúde e a prosperidade econômica dos seus países.



Novas Estratégias de Tratamento: Evidências em Estudos de Caso e Ensaio Randomizados

Como mencionado neste relatório, programas criativos estão sendo desenvolvidos para melhorar o gerenciamento das condições crônicas em todo o mundo. No entanto, ao mesmo tempo em que o desenvolvimento desses programas é vital, evidências científicas que confirmem a eficácia de técnicas criativas de tratamento das condições crônicas são essenciais. Evidências obtidas de forma sistemática permitem determinar se uma intervenção (i.e., um exame, uma terapia ou um programa) produz realmente melhores resultados em vez de meras alternativas. Com base nessas evidências, o tratamento de saúde se torna mais eficiente e menos dispendioso.

As evidências para as abordagens inovadoras nos cuidados para condições crônicas ainda se encontram na fase inicial e a maioria dos projetos de avaliação de programas provém de países desenvolvidos. Além disso, nem toda evidência disponível pode ser tomada da mesma forma: os estudos de caso, por exemplo, não apresentam o mesmo nível de validade dos ensaios randomizados. Alguns exemplos extraídos de publicações sobre programas inovadores foram selecionados para serem apresentados nesta seção. Apesar de não serem exaustivos, os dados são convincentes. Certamente, aqueles interessados em desenvolver melhores tratamentos para as condições crônicas podem tirar bom proveito desses estudos.

As abordagens inovadoras e as novas estratégias para gerenciar as condições crônicas apresentam uma infinidade de efeitos positivos em um leque de variáveis de resultados. As evidências demonstram o êxito dos programas inovadores:

- Aperfeiçoam os indicadores biológicos de doenças
- Reduzem óbitos
- Minimizam os custos e poupam os recursos da saúde
- Modificam o estilo de vida dos pacientes e as capacidades de autogerenciamento
- Melhoram o funcionamento, a produtividade e a qualidade de vida
- Melhoram os processos de tratamento

Abordagens inovadoras aperfeiçoam os indicadores biológicos

A glicose no sangue é controlada no Diabetes

No caso do diabetes, o autogerenciamento representa um grande desafio porque envolve inúmeras mudanças de comportamento que os pacientes têm de integrar ao seu dia-a-dia. O auto-monitoramento dos níveis de glicose no sangue, a aderência ao tratamento e adaptações ao medicamento, verificações regulares para detectar problemas com os pés, dietas alimentares e atividades físicas constantes constituem preocupações diárias. De fato, no específico dessa condição crônica, os pacientes e os familiares são responsáveis por mais de 95% do tratamento. As intervenções comportamentais direcionadas para a melhoria do autogerenciamento demonstraram eficácia em vários marcadores biológicos para o diabetes. Observam-se reduções nos níveis de hemoglobina glicosada, na taxa de gordura e na ingestão geral de caloria, no peso e nos níveis de glicose no sangue. O controle da pressão sanguínea também melhora.

Na Dinamarca, foi feito um estudo comparativo das práticas gerais para um programa inovador e abrangente de diabetes em relação à prática usual. O programa incluía avaliação sobre o desempenho dos provedores, apontamentos para visitas regulares aos pacientes diabéticos, apoio à decisão e ao autogerenciamento. Após 6 anos, os pacientes desse grupo de intervenção apresentavam níveis de glicose e colesterol significativamente mais baixos do que os pacientes submetidos ao tratamento usual.

Anderson RM et al. Patient Empowerment. Results of a Randomized Controlled Trial. Diabetes Care 1995;18:943-949.

Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with NIDDM. American Journal of Public Health 1987;77:634-5.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. N Engl J Med 1993;329:977-86.

Aubert RE, Herman W, Waters J et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized controlled trial. Annals of Internal Medicine 1998;129(8):605-12.

McCulloch DK, Price MJ, Hindmarsh M, Wagner EH. Improvement in Diabetes Care Using an Integrated Population-Based Approach in a Primary Care Setting. Disease Management 2000;3(2):75-82.

Sadur CN et al. Diabetes Management in a Health Maintenance Organization:

Efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care 1999;22(12):2011-2017.

Olivarius, NF, Beck-Nielsen, H, Andreasen, AH, Horder, M, Pederson, PA. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. British Medical Journal 2001;323:970.

Pressão arterial, frequência cardíaca e colesterol são reduzidos de forma significativa em doenças cardiovasculares

Os pacientes com doenças cardiovasculares geralmente podem se beneficiar com a aderência a um esquema prescrito de medicamentos diários, um programa contínuo de exercícios físicos e o tratamento dos fatores de risco, incluindo colesterol alto, pressão sanguínea alta, tabagismo e excesso de peso. Cada um desses cometimentos exige mudanças de comportamento por parte dos pacientes e, sendo assim, intervenções comportamentais são indicadas. De modo geral, as pesquisas indicam que intervenções comportamentais com vistas ao autogerenciamento são eficazes para ajudar os pacientes

a atingir essas metas.

Uma meta-análise realizada em 1996 examinou o impacto de condutas de tratamento comportamental e psicossocial sobre os resultados em pacientes com arteriosclerose coronária. Observou-se que mais de 3000 pacientes (2024 em tratamento, 1156 de controle) em todos os estudos selecionados apresentaram os seguintes resultados:

- Os pacientes tratados apresentaram maiores reduções na pressão sanguínea sistólica (-0,24 de diferença do tamanho do efeito)
- Os pacientes tratados apresentaram maiores reduções na frequência cardíaca (-0,38 de diferença do tamanho do efeito)
- Os pacientes tratados apresentaram reduções significativas no nível de colesterol (-1,54 de diferença do tamanho do efeito)
- Os pacientes não tratados apresentaram maior risco de mortalidade (*odds ratio* de 1,70)
- Os pacientes não tratados apresentaram maiores riscos de recidiva de problemas cardíacos (*odds ratio* de 1,84).

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. Arch Intern Med 1996;156:745-752.

Abordagens inovadoras reduzem os óbitos

Óbitos por cardiopatias diminuíram em 41%

Uma análise de 23 estudos, envolvendo mais de 3000 pacientes com arteriosclerose coronária, demonstrou que os pacientes submetidos a intervenções comportamentais e/ou psicossociais reduziram de forma significativa o risco de morrer ou de ter um ataque cardíaco não fatal. Observou-se especificamente uma redução de 41% na mortalidade cardíaca e de 46% nos eventos cardíacos não fatais.

Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. Arch Intern Med 1996;156:745-752.

Abordagens inovadoras minimizam os custos e poupam os recursos da saúde

Atividade física: prolonga a vida e é custo-efetivo

Os pacientes com insuficiência cardíaca crônica, mas com quadro clínico estável, participaram de um programa de exercícios físicos moderados durante 14 meses. Comparados aos pacientes do grupo de controle, os pacientes que praticavam atividade física viveram uma média de 1,82 ano a mais. A cada ano de vida acrescido foi poupado o equivalente a US\$ 1.773, levando em consideração os custos desse programa, a economia advinda da redução na hospitalização e as perdas salariais em função do tempo gasto na atividade.

Redução no número de exames desnecessários

As dores lombares representam um dos mais freqüentes, dispendiosos e incapacitantes problemas de saúde crônicos em adultos. A prática clínica não está ainda em consonância com as recomendações atuais para os exames de diagnóstico e intervenções, o que gera o uso excessivo dos serviços de saúde. Um novo programa de saúde incluiu triagem por telefone para reduzir visitas e/ou exames desnecessários, opções não cirúrgicas, incorporação de um rápido exame das costas e consulta antes de se solicitar exames de diagnóstico. Além disso, os empregadores eram estimulados a instituir políticas de trabalho que viabilizassem a readaptação do trabalhador e os médicos eram aconselhados a reduzir o número de horas de repouso recomendadas e a duração dos atestados médicos. Os resultados apontaram:

- Redução de 23% no número de mielogramas em um ano.
- Redução de 5 para 3 no número de radiografias simples e de 30% no uso de filmes.
- Redução de 4:1 para 3,4:1 da razão de exame precoces da coluna lombar não seguidos de cirurgia.
- Redução em 30% dos pacientes que recebiam tratamento inadequado.

The Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series Collaborative on Providing More Effective Care for Low Back Pain.

Programa poupa US\$ 4 para cada dólar gasto

Pacientes asmáticos de baixa renda melhoraram sua situação de saúde e os custos do tratamento diminuíram com a adoção de um programa inovador que ensinou aos médicos novas habilidade de comunicação e gerenciamento de doenças. Os atendimentos de emergência apresentaram uma redução de 41% entre os pacientes atendidos por médicos que participaram do programa. A custo-efetividade do programa deveu-se aos custos dos novos medicamentos prescritos e à capacitação dos médicos. Os resultados produziram uma economia direta para os fundos de assistência médica do governo (Medicaid) que oscilou entre US\$ 3 e US\$ 4 para cada dólar extra gasto para fornecer informações sobre gerenciamento de doenças e apoiar os médicos.

Rossiter LF, Whitehurst-Cook MY, Small RE, Shasky C, Bobbjerg VE, Penberthy L, Okasba A, Green J, Ibrahim IA, Yang S, Lee K. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. Inquiry 2000;37(2):188-202.

Redução nos custos do tratamento e das internações hospitalares

Na Índia, um novo programa de treinamento em autogerenciamento para pacientes com asma crônica melhorou o nível de saúde desses indivíduos e reduziu o número de internações e de atendimentos de emergência. O programa consistia em quatro sessões de treinamento além do tratamento usual. Os pacientes eram designados aleatoriamente para dois grupos. Os resultados foram os seguintes:

- Dias de trabalho perdidos: 18 contra 34 (grupo de autogerenciamento contra grupo de controle).
- Hospitalizações: 6 contra 13.
- Visitas à sala de emergência: 12 contra 22.
- Total dos custos anuais: 5.263 rupias contra 6.756.

Gbosh CS, Ravindran P, Joshi M, Stearns SC. Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. Soc Sci Med. 1998;46(8):1087-93.

O impacto financeiro de um programa inovador de autogerenciamento da asma é significativo. O conteúdo do programa enfatizou a educação do paciente e a capacitação no gerenciamento de sintomas, na aderência e em mudanças no estilo de vida. Uma análise do custo-benefício realizada com 47 pacientes um ano antes e um ano após essa intervenção demonstrou o seguinte:

- Os custos do tratamento de asma foram reduzidos em US\$ 472 por paciente.
- Os custos de internação hospitalar caíram de US\$ 18.488 para US\$ 1.538 por paciente.
- As perdas salariais em virtude de asma passaram de US\$ 11.593 para US\$ 4.589 por paciente.
- O custo do programa (US\$ 208) em relação ao benefício ficou na razão de 1 para 2,28.

Taitel, M., Kotses H, Bernstein IL, Bernstein DJ, Creer, T. A Self-Management Program for Adult Asthma. Part 1: Development and Evaluation. Journal of Allergy and Clinical Immunology 1995;95:529-40.

Um programa multidisciplinar direcionado a enfermeiros e criado para melhorar o gerenciamento de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva consistiu na orientação de pacientes e familiares sobre autogerenciamento, dieta alimentar, análise da medicação e consulta ao serviço social. Os resultados foram analisados 90 dias após a intervenção, obtendo-se:

- 56,2% de redução na reincidência de internação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca.
- 28,5% de redução na reincidência de internações para todas as outras causas.
- Percentual significativamente inferior de pacientes com mais de uma hospitalização em relação aos pacientes do grupo de controle (6,3% contra 16,4%).
- Custos de tratamento mais baixos (US\$ 460 a menos por paciente) em relação aos pacientes de controle.

Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995;333:1190-1195.

Avaliou-se um programa inovador e abrangente para tratar de pacientes com asma. O conteúdo do programa incluía: instrução individual sobre gerenciamento da asma, uma proposta de tratamento com instruções passo a passo (elaborado por um profissional da enfermagem, um pediatra e um alergologista) e contatos regulares por telefone feitos por uma enfermeira para garantir o cumprimento do tratamento pelo paciente. O seguimento de 53 pacientes (de 1 a 17 anos) em um período de 6 meses a 2 anos apontou os seguintes resultados:

- 79% de redução nas hospitalizações de emergência

- 86% de redução nas internações
- Cerca de US\$ 87.000 de economia em custos anuais.

Greineder DK, et al. Reduction in Resource Utilization by an Asthma Outreach Program. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 1995;149(4):415-420.

Redução nos atendimentos de emergência

Um programa educacional de três sessões elaborado para pacientes atendidos na ala de emergência com problemas relacionados à asma apresentou resultados positivos. O programa (implementado por um profissional da enfermagem) enfatizou a aderência ao tratamento, métodos para prevenir ataques, abandono do hábito de fumar e técnicas de relaxamento. Cento e dezenove pacientes foram submetidos à intervenção e 122 receberam tratamento médico padrão. Depois de um período de 12 meses, os pacientes que participaram desse programa reduziram de forma mais significativa suas consultas de emergência (68 para cada 100 pessoas) do que os pacientes do grupo de controle (220 para cada 100 pessoas). O custo dessa intervenção (US\$ 85/ pessoa) foi compensado pela redução nos gastos dos atendimentos de emergência (US\$ 628/ pessoa).

Bolton MB et al. The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma. Journal of General Internal Medicine 1991;6(5):401-407.

Cuidados inovadores ajudam pacientes a modificar seu estilo de vida e a autogerenciar sua condição

Pacientes param de fumar

Um programa domiciliar, gerenciado por um profissional da enfermagem, para modificação de fatores de risco coronários utilizou intervenções de internamento hospitalar para motivar o abandono do tabagismo. Além disso, estimulou a prática de exercícios físicos e um esquema alimentar e medicamentoso para hiperlipidemia, incluindo ainda o gerenciamento domiciliar por telefone. Os resultados obtidos da avaliação de 585 pacientes demonstraram que, em relação aos pacientes do grupo de controle que receberam tratamento hospitalar padrão, os pacientes desse programa modificaram os fatores de risco estipulados, o que resultou em:

- Uma taxa de 70% de abandono do tabagismo (contra 53% do grupo de controle).
- Níveis significativamente mais baixos do colesterol LDL.
- Maiores capacidades funcionais (9,3 contra 8,4 METS).

DeBusk RF, Miller NH, Superko HR et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Annals of Internal Medicine 1994; 120: 721-9.

Pacientes aprendem técnicas de autogerenciamento

Os novos programas para câncer que incluem componentes educacionais (e.g., informações sobre diagnóstico e capacitação em tratamento) aprimoram o conhecimento e desenvolvem as práticas de autogerenciamento entre os pacientes. Esses programas não só reduzem os sintomas de ansiedade e estresse, mas também atuam sobre o aumento da aderência do

paciente ao tratamento.

Richardson JL, Shelton DR, Krailo M, and Levine AM. The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. Journal of Clinical Oncology 1990;8(2):356-364.

Jacobs C, Ross RD, Walder IM and Stockdale FE. Behaviour of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. American Journal of Clinical Oncology 1983;6:347-353.

Pacientes no Peru e Haiti autogerenciam esquemas terapêuticos complexos

Os indivíduos com pouca instrução formal e recursos materiais reduzidos são capazes de gerenciar esquemas terapêuticos complexos com êxito em casos de tuberculose resistente a medicamentos ou HIV/AIDS desde que recebam apoio para o autogerenciamento e que haja um seguimento rigoroso. Nessas novas intervenções, enfatizou-se a função do paciente no gerenciamento de sua própria condição crônica, instruindo-o quanto a habilidades comportamentais.

Farmer, P, Leandre, F, Mukherjee, JS, Claude, M., Nevil, P, et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. Lancet 2001;358:404-409.

Abordagens inovadoras resultam em maiores habilidades funcionais, produtividade e qualidade de vida

Pacientes podem desenvolver mais atividades

A artrite gerou grande interesse por parte de pesquisadores e elaboradores de programas inovadores. Vários estudos demonstraram o significativo impacto das intervenções de autogerenciamento na vida de pacientes acometidos por essa condição crônica. Os programas inovadores de autogerenciamento podem produzir sistematicamente os seguintes resultados:

- Reduções das dores e fadiga
- Melhora dos níveis de atividade, capacidade aeróbica e resistência física
- Redução dos graus de incapacidade e limitações funcionais
- Melhora no estado de saúde reportado pelo paciente

Lorig, K. and Holman, H. Arthritis self-management studies: A twelve year review. Health Education Quarterly. 1993;20:17-28.

Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status while Reducing Hospitalization. Medical Care 1999;37:5-14.

Noreau L, Martineau H, Roy L, Belzile M. Effects of a modified dance-based exercise on cardiorespiratory fitness, psychological state and health status of persons with rheumatoid arthritis. Am J Phys Med Rehabil 1995; 74(1):19-27.

Kovar PA, Allegrante JP, MacKenzie CR, Peterson MG, Gutin B, and Charlson ME. Supervised fitness walking in patients with osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. Annals of Internal Medicine 1992;116(7):529-34.

Pacientes sentem-se melhor física e mentalmente

As diferentes intervenções, incluindo relaxamento, capacitação em habilidades para superar a doença, treinamento de visualização e métodos de resolução de problemas produzem reduções expressivas nos sintomas relacionados ao câncer: ansiedade, dor, fadiga, tosse, vômito e náusea.

Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, Kemeny ME, Elashoff R, and Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. Archives of Gen. Psychiatry 1990;47:720-725.

Aratbuzik D. *Effects of cognitive-behavioural strategies on pain in cancer patients. Cancer Nursing* 1994;17(3):207-214.

Lorig e outros analisaram o impacto de um programa de autogerenciamento de condições crônicas conduzido em grupo e denominado *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) sobre pacientes que apresentam uma variedade de condições crônicas, incluindo cardiopatias, doenças pulmonares, derrame ou artrite. Os líderes com 20 horas de treinamento auxiliaram na realização do programa na comunidade onde cada grupo era composto de 10-15 participantes. O programa consistia em sete sessões semanais de 2h30min de duração. Enfatizaram-se as capacidades de autogerenciamento, incluindo o controle de sintomas, comportamentos de saúde, equilíbrio emocional, diálogo com profissionais da saúde e habilidades de resolução de problemas. Os resultados do estudo indicaram reduções significativas nos atendimentos de emergência e ambulatorial, melhoria dos comportamentos de saúde, redução dos sintomas e melhoria do estado de saúde. As reduções na utilização dos serviços e o alívio do sofrimento emocional foram manifestos por pelos menos dois anos após o programa.

Lorig KR, Ritter P, Stewart A, Sobel D, Brown B, Bandura A., Gonzolez V., Laurent D., Holman H. *Chronic Disease Self-Management Program: 2 Year Health Status and Health Care Utilization Outcomes. Medical Care* 2001;39:1217-1223.

Redução das faltas ao trabalho / escola

Vários estudos demonstraram o impacto de programas inovadores de autogerenciamento no tocante à produtividade no trabalho e na escola. Em geral, a aprendizagem e a implementação de técnicas de autogerenciamento proporcionam:

- Redução de faltas na escola.
- Redução do absenteísmo.
- Maiores níveis de produtividade.

Bolton MB et al. *The Cost and Effectiveness of an Education Program for Adults Who Have Asthma. Journal of General Internal Medicine* 1991;6(5):401-407.

Mayo PH et al. *Results of a Program to Reduce Admissions for Adult Asthma Annals of Internal Medicine* 1990;112(11):801-802, 864-871.

Koles H, Bernstein IL, Bernstein DJ, et al. *A Self-Management Program for Adult Asthma. Part 1: Development and Evaluation. Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1995;95:529-40.

Evans R III, Gergen PJ, Mitchell H, et al. *A randomized clinical trial to reduce asthma morbidity among inner-city children: results of the National Cooperative Inner-City Asthma Study. J Pediatr* 1999;135:332-338.

Greineder DK, et al. *Reduction in Resource Utilization by an Asthma Outreach Program. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 1995;149(4):415-420.

Wilson SR, Latini D, Starr NJ, et al. 1996. *Education of Parents of Infants and Very Young Children with asthma: A Developmental Evaluation of the Wee Wheezers Program. Asthma* 1996;33:239-54.

Clark NM, Feldman CH, Evans D, et al. *The Impact of Health Education on Frequency and Cost of Health Care Use by Low Income Children with Asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1986; 78:108-15.

Trabalhadores mantêm seus empregos

Um ensaio randomizado controlado, conduzido pela RAND Corporation, avaliou programas de melhoria da qualidade para depressão nas práticas de atenção regulada. A intenção era descobrir se essas novas abordagens melhoravam a qualidade do tratamento, dos resultados da saúde e do emprego para pacientes com depressão. A intervenção foi realizada com o auxílio de especialistas locais e enfermeiros capazes de proporcionar instrução a clínicos e a pacientes. Os enfermeiros também ficaram responsáveis pelo seguimento terapêutico ou ainda psicoteraputas qualificados fizeram o acompanhamento

dos casos. Em razão desse programa, a qualidade do tratamento, os resultados para a saúde mental e a permanência no emprego apresentaram-se mais favoráveis no decorrer de um ano. De um modo geral, as consultas médicas não aumentaram.

Wells K,B, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, Miranda J, Carney M, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. JAMA 2000;283(2):212-220.

Em um projeto similar, um programa de aperfeiçoamento da qualidade da atenção primária para depressão obteve êxito. Quarenta e seis clínicas de tratamento e 1.356 pacientes participaram desse ensaio randomizado controlado. A nova abordagem incluía treinamento especial para médicos e enfermeiros, utilização de materiais educacionais e de avaliação, bem como o início do seguimento da aderência aos medicamentos ou de terapia comportamental-cognitiva a cargo dos enfermeiros. Os resultados do programa indicaram que, comparado ao tratamento usual, os custos aumentaram. No entanto, 24 meses depois, os pacientes que fizeram parte do programa ficaram menos dias com sintomas depressivos e mantiveram seus empregos por um tempo maior do que os pacientes que se submeteram ao tratamento padrão.

Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney MF, Wells K. Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association 2001;286:1325-1335.

Abordagens inovadoras resultam em melhores processos de atenção à saúde

Quatrocentos anos de espera são poupados

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS) apresentou grandes progressos na continuidade da atenção para pacientes com câncer. Duas metas do NHS são fomentar excelente tratamento e sustentar uma reestruturação dos processos de atenção em benefício dos pacientes. As estimativas indicam que o projeto poupou 400 anos de tempo de espera para pacientes com câncer de mama, de pulmão, do intestino, da próstata e de ovário. Além disso, identificaram-se mais de 200 formas de se aperfeiçoar os serviços e a maioria das melhorias ocorreram com praticamente poucos recursos novos.

Mayor S. Pilot projects show cancer treatment can be speeded up. BMJ 2001;322:69.

Pacientes recebem a atenção de que necessitam

Nos Estados Unidos, uma nova abordagem para gerenciar o diabetes em um sistema de saúde integrado tem obtido grande êxito na melhoria do acesso à educação essencial sobre o gerenciamento dessa condição crônica e qualidade da atenção para o diabetes. O programa é abrangente e envolve tanto pacientes quanto prestadores. Engloba diretrizes práticas, triagem médica, relatórios dos prestadores, educação sobre o diabetes, consultas clínicas direcionadas, fácil acesso ao tratamento e sistemas de alerta. Os resultados indicaram melhoras significativas na triagem preventiva, maior acesso a informações sobre o diabetes e redução dos níveis de glicohemoglobina.

Freidman N, Gleeson J, Kent M, Foris M, Rodriguez D, Cypress M. Management of diabetes mellitus in the Lovelace

Nível de triagem aumenta

Nos Estados Unidos, uma grande organização privada de saúde está adotando uma abordagem baseada na população visando melhorar os resultados para seus 13.000 pacientes com diabetes. Esse novo programa auxilia equipes de atenção primária a melhorar a assistência dispensada a pacientes com diabetes. Com base em um modelo integrado de tratamento crônico, o programa inclui um registro “*on-line*” de pacientes, diretrizes baseadas em evidências para tratamento de rotina do diabetes, maior apoio ao autogerenciamento do paciente e reestruturação das práticas com

a incorporação de visitas em grupos. Os resultados demonstraram os seguintes avanços:

- Aumento das taxas de avaliação retiniana de 56% para 70%.
- Aumento das taxas de avaliação renal de 18% para 68%.
- Aumento das taxas de exames do pé de 18% para 82%.
- Aumento das taxas de hemoglobina glicosilada de 72% para 92%.

Sadur CN et al. Diabetes Management in a Health Maintenance Organization: Efficacy of care management using cluster visits. Diabetes Care 1999;22(12):2011-2017.

Resumo

Novas estratégias e programas criativos para melhorar o gerenciamento e os resultados associados às condições crônicas estão sendo desenvolvidos em todo o mundo. Essas inovações vão desde a educação e capacitação em autogerenciamento até a integração de voluntários e pessoas comuns da comunidade para prestar serviços. Os elaboradores de programas criativos fizeram uso de novas formas de pôr em prática o programa, incluindo visitas em grupo, seguimento por telefone e estratégias domiciliares.

As evidências obtidas em estudos de casos e ensaios randomizados são importantes mesmo nos estágios iniciais de desenvolvimento da pesquisa. Em princípio, vários dos “componentes estruturais” do modelo CICC foram avaliados. No entanto, a estrutura completa (i.e., níveis da política, da organização/ comunidade e do paciente) ainda não foi totalmente testada e muitos de seus componentes foram examinados apenas em países desenvolvidos. Cada região deve começar a desenvolver sua própria base de evidência para o tratamento das condições crônicas.