

# Cuidados Inovadores para Condições Crônicas

■ ■ ■ Componentes Estruturais de Ação

RELATÓRIO MUNDIAL



Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental  
Organização Mundial da Saúde

© Organização Mundial da Saúde, 2002

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

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

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

Noncommunicable Diseases and Mental Health

World Health Organization

1211 Genève 27, Suíça

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

**Tradução com colaboração da OPAS/OMS**

**Tiragem: 1500 exemplares**

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

Bibliografia

ISBN 92 4 159 017 3

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

**NLM: WT 31**

# Sumário

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

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

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

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

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

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

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

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

**Desenho Gráfico:** Laurence Head

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

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

# Introdução

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

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

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

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

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

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

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

Derek Yach  
Diretor Executivo, Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental



Foto: WHO / PAHO

# Resumo Executivo

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

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

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



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

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

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

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

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

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



## 2. Gerenciar o ambiente político

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

## 3. Desenvolver um sistema de saúde integrado

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

## 4. Alinhar políticas setoriais para a saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

## **8. Enfatizar a prevenção**

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

## **Estrutura do Relatório**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Resumo

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

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

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



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

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

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

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



## Uma definição nova e abrangente das condições crônicas

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

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

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

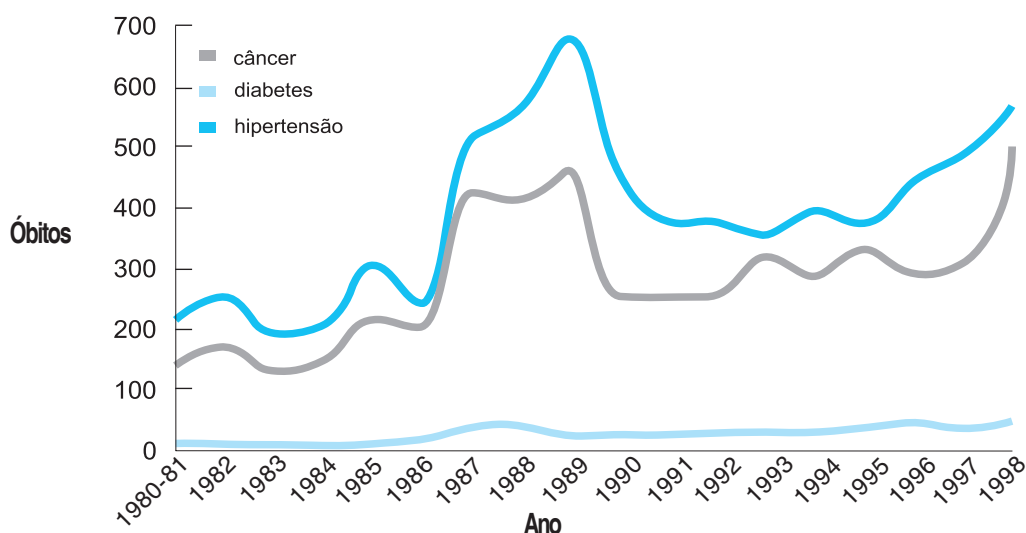
Em suma, as condições crônicas não são mais vistas da forma tradicional (e.g., limitadas às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. A demanda sobre os pacientes, as famílias e o sistema de saúde são similares. De fato,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

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

## As condições crônicas estão em ascensão

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

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



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

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

### Evidência epidemiológica

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

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

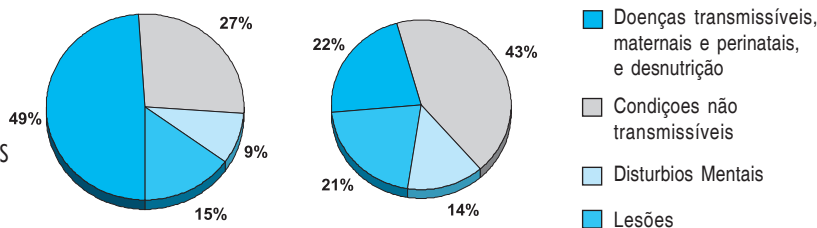
Países de renda baixa e média são os que mais contribuem para o aumento na carga das condições não transmissíveis. Na China ou Índia, isoladamente, existem mais óbitos atribuídos a cardiopatias do que em quaisquer outros países industrializados combinados. De fato, em 1998, 77% do total de óbitos em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

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

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

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

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



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

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

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

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

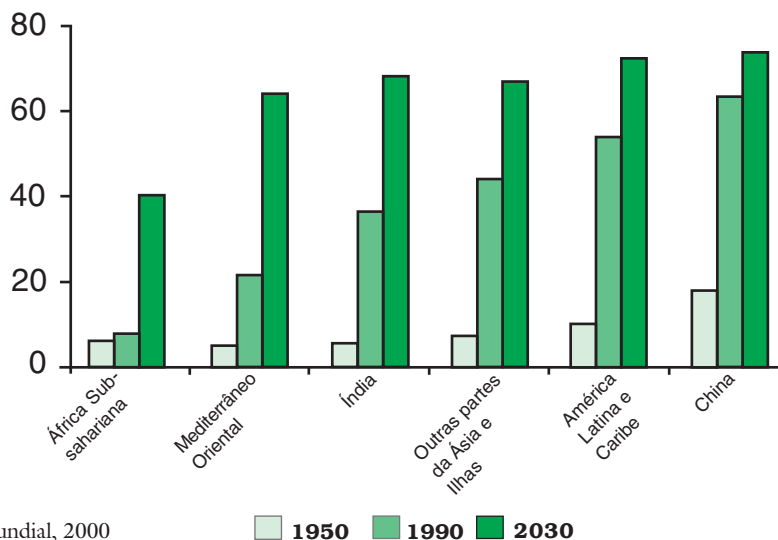
**O que é um DALY? Em se tratando de problemas de saúde prolongados e suas decorrentes incapacidades, mensurar a “carga global de doenças” é uma forma significativa de examinar a magnitude relacionada. Essa metodologia utiliza um indicador denominado DALY - sigla em inglês para anos de vida ajustados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

## Transição Demográfica

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

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

Idade média de óbito nas regiões do mundo



Fonte: Dados do Banco Mundial, 2000

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Urbanização e marketing mundial**

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

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

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

## Qual o impacto das condições crônicas?

### Impacto econômico: todos pagam o preço

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

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

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

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

### Custo da asma em Singapura.

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

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



## **Custo da asma na Estônia**

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

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

## **Custo de doenças cardíacas nos EUA**

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

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

## **Custo do diabetes em Taiwan, China**

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

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

## **Custo do diabetes na Índia**

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

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

## **Custo de HIV/AIDS na Costa do Marfim**

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

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

## **Custo de HIV/AIDS na Índia**

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

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

## Custo da hipertensão nos EUA

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

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

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

## Impacto sobre a pobreza: um círculo vicioso

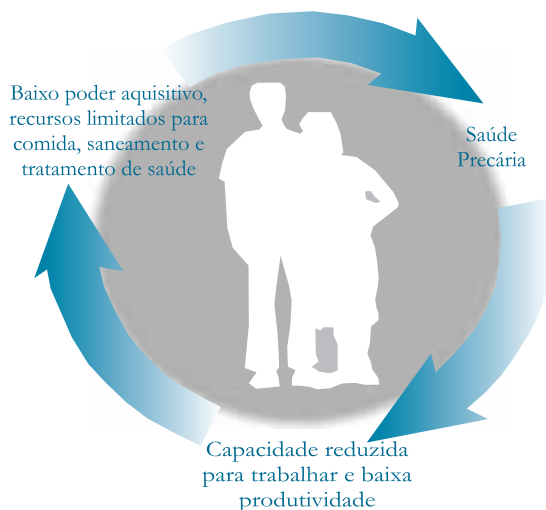
Cerca de 1,2 bilhão de pessoas vivem em extrema pobreza (i.e., com menos de US\$ 1 por dia). Esse grupo apresenta maiores problemas de saúde e, se comparado a grupos com situações financeiras mais favoráveis, corre maior risco de adoecer. Isso se evidencia no fato de doenças como HIV/AIDS e TB afetarem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

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

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

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

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



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

## A pobreza favorece as condições crônicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Relatório Mundial da Saúde 1999*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## As condições crônicas favorecem a pobreza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

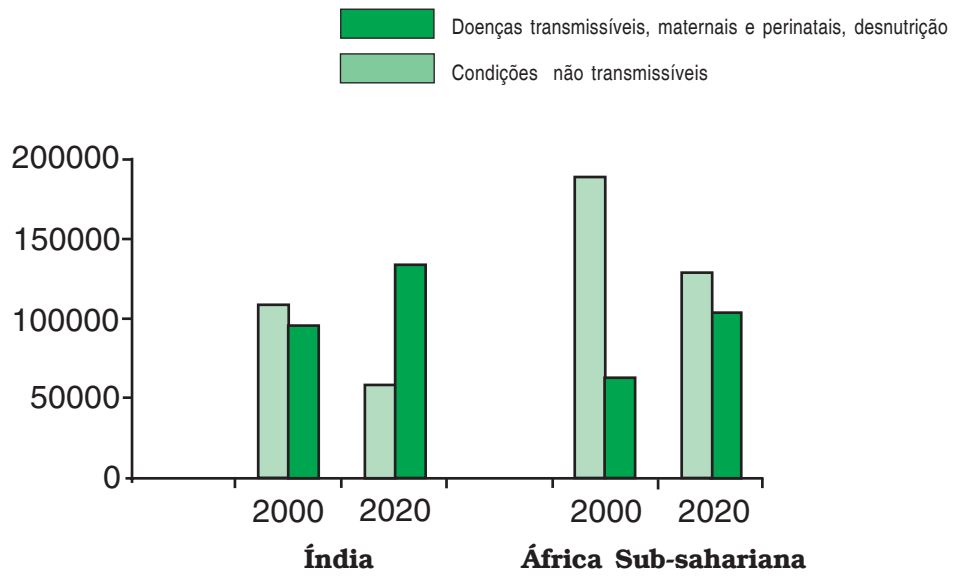
## **Impacto sobre os países em desenvolvimento: “duplo risco”**

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

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

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

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



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



## Resumo

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

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

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

**1. Condições Crônicas: 0  
Desafio da Saúde no Século 21**



Foto: © World Bank.Curt Carnemark

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

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

### Breve histórico dos sistemas de saúde

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

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

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

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

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

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

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



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

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

## Nível Micro: problemas de interação com o paciente

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

### Falta de autonomia dos pacientes

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

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

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

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

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

*Center for the Advancement of Health, 1996.*

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Falha na prevenção**

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

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

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

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

## **Falta de conexão com os recursos da comunidade**

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

## **Nível Macro: problemas nas políticas**

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

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

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

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

## **Inexistência de um quadro legislativo**

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

## **As políticas e os projetos de saúde são arcaicos**

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

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

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

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

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

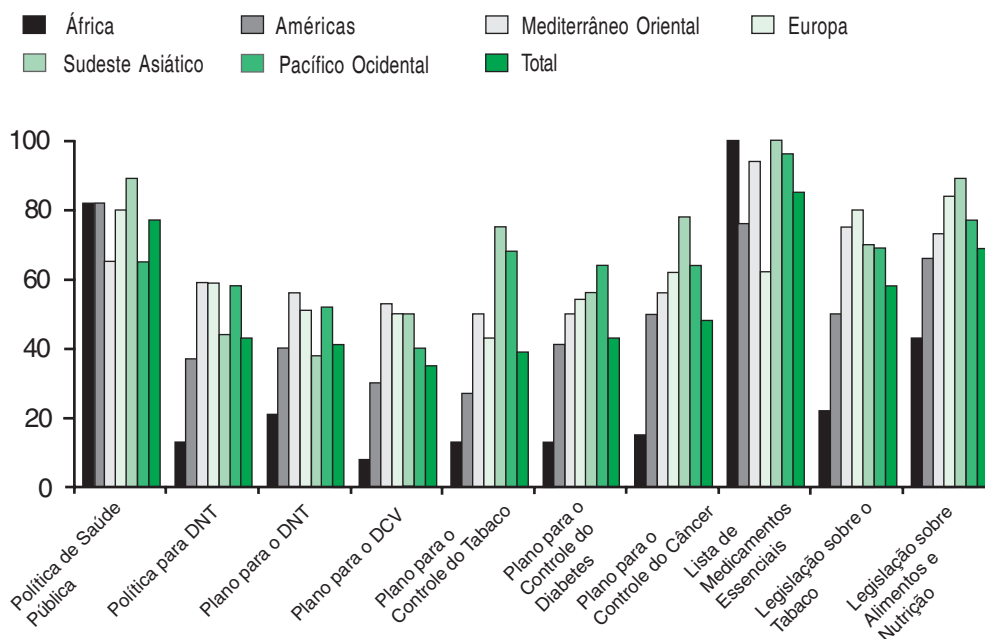
Em vários sistemas de saúde, o financiamento é subdividido em linhas de crédito, com vários responsáveis pelas diferentes áreas da atenção à saúde. Por exemplo, dispêndios de capital podem ser alocados em um sistema de financiamento diferente daquele de capacitação do prestador, criando uma situação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

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

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

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

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



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

### Os padrões e o monitoramento são insuficientes

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

### Falta de educação continuada

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

## **Os vínculos intersetoriais são ignorados**

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

## Resumo

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

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

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





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

## Inovar é preciso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Princípios norteadores do modelo**

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

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

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

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

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

### ***Enfoque na população***

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

### ***Enfoque na prevenção***

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

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

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

### ***Integração***

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

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

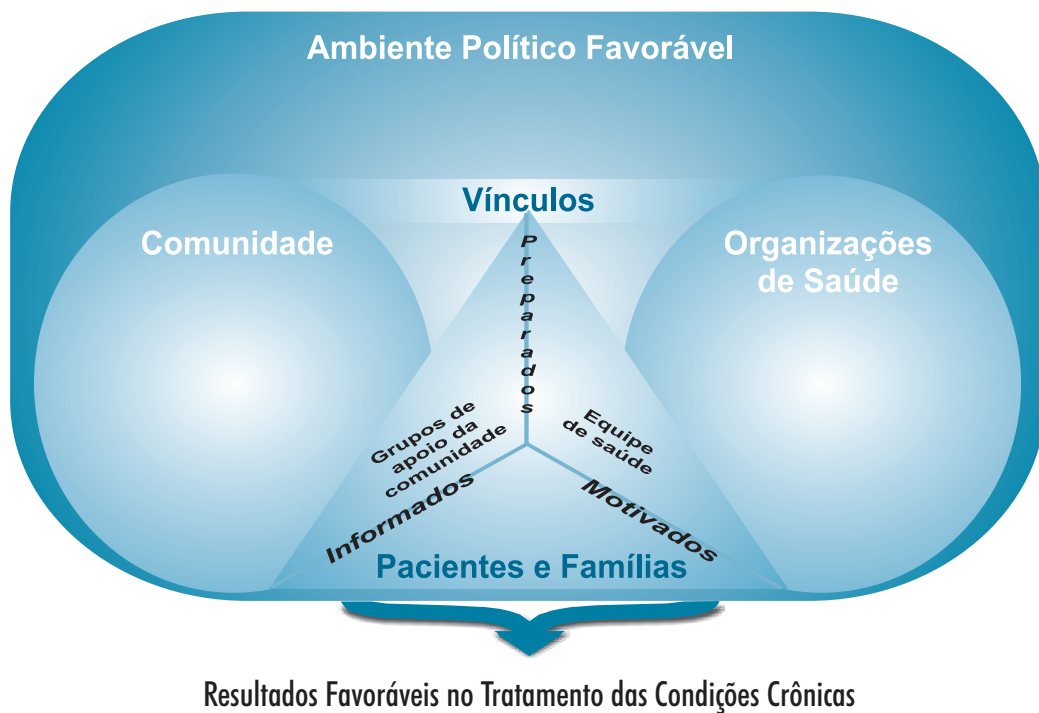
### **Flexibilidade / adaptabilidade**

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

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

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

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



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



## **Componentes estruturais do modelo CICC**

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

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

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

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

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

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

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

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



## África do Sul

### Melhoria do Autogerenciamento e da Aderência ao Tratamento

#### Componentes Estruturais:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 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.

*Umwit 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](http://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](http://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.

**M**uitas 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"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Eficiência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar incentivos financeiros para encorajar a qualidade e a eficiência.</li> <li>• Alinhar mecanismos de financiamento para que os serviços sejam prestados no ambiente mais apropriado e com a melhor relação custo-eficácia.</li> </ul>
<b>Qualidade Sistêmica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir incentivos para promover continuidade e coordenação dos cuidados por trabalhadores da atenção primária.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Incentivos aos Sistemas de Pagamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer incentivos para maximizar a qualidade dos cuidados e, ao mesmo tempo, minimizar os custos: promover os serviços preventivos e o autogerenciamento.</li> </ul>
<b>Setor privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar com o setor privado para otimizar o uso dos recursos disponíveis.</li> <li>• Considerar a utilização de acordos de aquisição pluralísticos com prestadores públicos e privados com base em um conjunto comum de regras financeiras.</li> <li>• Abraçar a competição justa com base no acesso, serviço, e qualidade pode melhorar os serviços de saúde para pessoas que apresentam condições crônicas.</li> <li>• Implementar acreditação e monitoramento contínuo do desempenho da área de saúde.</li> </ul>
<b>Prestação de Serviço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Reformas da Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar iniciativas de reforma como uma oportunidade de incrementar o financiamento das condições crônicas, tais como:</li> <li>• Alocação de recursos e esquemas de reembolso;             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento e operação de cuidados da saúde primários;</li> <li>- Organização do distrito, das redes e dos sistemas de saúde integrados;</li> <li>- Colaboração de fornecedores privados no setor de saúde, particularmente para as populações mais pobres.</li> </ul> </li> </ul>

## 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 sangüínea 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 sangüínea 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.