



O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Este texto construído a partir do agrupamento de partes literalmente extraídas do livro: MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia, talhada na perspectiva da etiopatogenia, é largamente utilizada, em especial, pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde, o objeto dos sistemas de atenção à saúde, certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Além disso, é uma tipologia que se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde. Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados ao modelo de atenção crônica. (VON KORFF *et al.*, 1997; HOLMAN e LORIG, 2000), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007) só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento.

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.

Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelos profissionais de saúde, pelo sistema de atenção à saúde e pelas pessoas usuárias, se episódica, reativa e feita com foco nas doenças e na queixa-conduta, ou se contínua, proativa e realizada com foco nas pessoas e nas famílias por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

As condições agudas

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar. (VON KORFF *et al.*, 1997; SINGH, 2008).

Comumente, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes. As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos

conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdômen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, em geral, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida” (LORIG *et al.*, 2006).

Condição crônica

O ciclo de evolução das condições crônicas tem um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (VON KORFF *et al.*, 1997; SINGH, 2008).

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica (LORIG *et al.*, 2006). Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos.

Se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos de sua história, eventos agudos, também percebidos objetiva ou subjetivamente, muitas vezes causados pelo mau manejo dessas condições crônicas, especialmente na APS. Por exemplo, manifestações de emergências hipertensivas. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, também, podem se manifestar, em momentos episódicos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

O cuidado das condições agudas

A lógica da organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e, também, aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção a urgência e às emergências.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, implica, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as várias experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são: o modelo australiano (Australasian TriageScale – ATS), o modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o modelo canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que é muito semelhante ao modelo australiano, mas é mais complexo; o modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabalha com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra (Model Andorràdel Trialge – MAT) que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

A classificação de riscos é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências porque define, em função dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

O sistema de classificação de risco de Manchester, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na Atenção Primária a Saúde - APS, em diferentes lugares, no SUS.

O sistema Manchester de classificação de risco apresenta várias características: uma escala em cinco níveis, uma utilização ampla em vários países, é baseado em categorias de sintomas, em discriminantes-chave e em algoritmos clínicos e apresenta um tempo de execução curto. Esse sistema apresenta alguns critérios de validade: ele garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; ele acaba com a triagem sem fundamentação científica; ele pode ser feito por médicos e enfermeiros; ele garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; ele é rápido; e ele pode ser auditado (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Figura 1 - O sistema Manchester de classificação de risco

Número	Nome	Cor	Tempo alvo em minutos
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones *et al.*, (2010).

A aplicação do sistema Manchester de classificação de risco nas unidades de APS tem provocado resultados muito positivos, especialmente na redução das filas de espera para o atendimento. Além disso, tem sido muito bem avaliada pela população.

A organização dos serviços de urgência e emergência foi pensada, internacional e nacionalmente, a partir do hospital e com apoio de um sistema de logística que propiciasse que as pessoas chegassem ao hospital mais próximo, no menor tempo possível. Tem sido, por consequência, uma organização instituída numa lógica hospitalocêntrica. É o que se manifestou, no Brasil, numa organização do sistema de atenção às urgências e às emergências em atenção

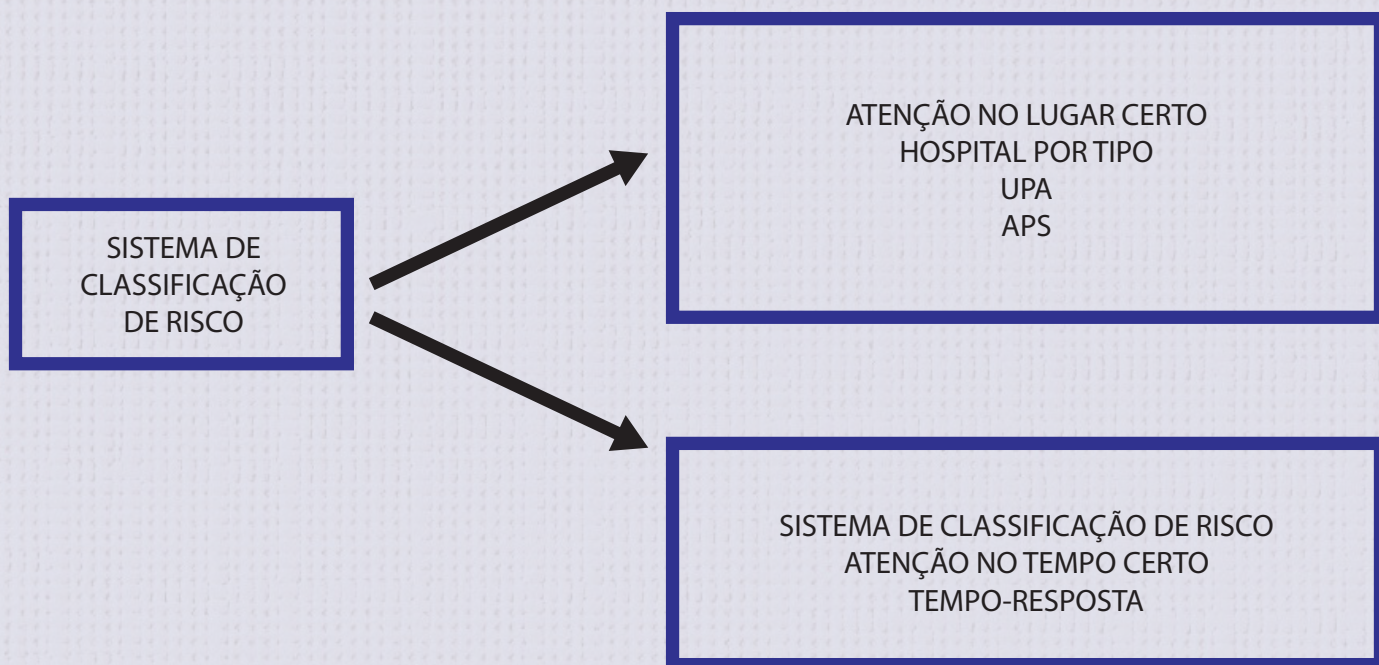
pré-hospitalar fixa e móvel, atenção hospitalar e atenção pós-hospitalar.

Essa concepção tem um problema porque não considerou a APS como um ponto de atenção fundamental das urgências menores. A introdução da APS como um ponto de atenção à saúde fundamental nas redes de atenção às urgências e às emergências é uma condição para se organizar esse sistema. Se isso não é feito, não se retiram a urgências menores dos hospitais e essa é uma das causas das longas filas e das macas nos corredores, o que torna impossível organizar a atenção hospitalar às urgências maiores.

A organização do sistema de atenção às urgências e às emergências na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde - RAS e a valorização da APS como um ponto de atenção dessa rede o que inclui classificar risco nas unidades de cuidados primários e adensá-las para atender às urgências menores e para fazer o primeiro atendimento das urgências maiores, impõe-se para dar eficácia ao atendimento das condições e eventos agudos.

A lógica de um modelo de atenção às condições agudas, representada na Figura 2, está na classificação de risco de uma pessoa em situação de urgência para que, a partir do risco definido, se estabeleçam o tempo-resposta e o local adequado do atendimento que poderá ser um hospital, em seus diferentes tipos, uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA ou a APS.

Figura 2 - A lógica da atenção às condições agudas



O cuidado das condições crônicas

Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos muito mais complexos, em que a variável-chave não é o tempo-resposta em função dos riscos.

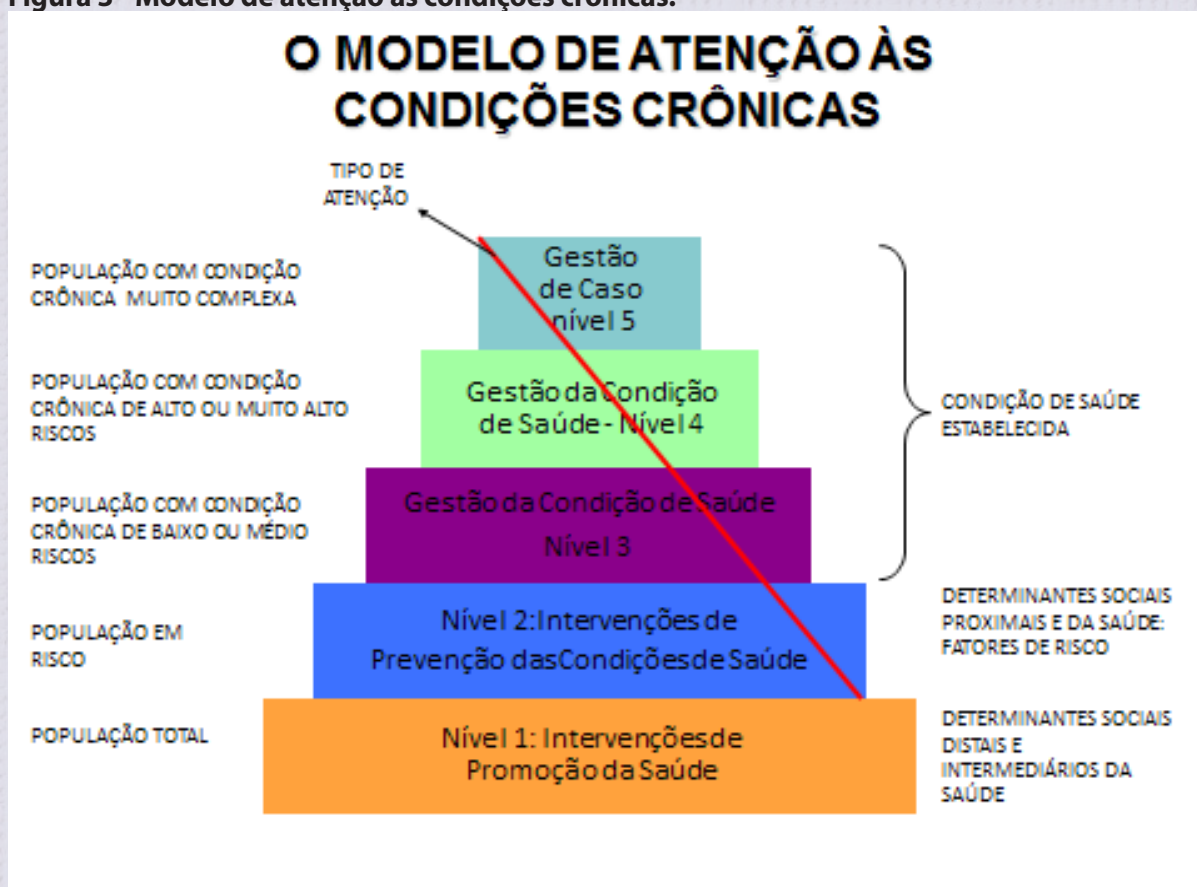
A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Isso exige O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham uma atenção estruturada, planejada e provida por uma equipe multiprofissional. Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial face-a-face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância.

Requer, também, um monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde. Há que se buscar o incremento dos atendimentos previamente programados em relação aos não programados feitos por demanda espontânea. As pessoas portadoras de condições de saúde de

maiores riscos e complexidades necessitam de cuidados mais intensivos. A alfabetização sanitária e a sensibilidade cultural são dois conceitos centrais na atenção à saúde. Os prestadores de serviços de saúde devem responder efetivamente às diversidades culturais das pessoas usuárias.

As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas. As diretrizes clínicas necessitam ser discutidas com as pessoas usuárias de forma que possam compreender melhor a atenção à saúde prestada. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente educados para que esteja em dia com as novas evidências, o que exige métodos educacionais que substituam a educação continuada tradicional e permitam mudar os comportamentos desses profissionais. Para mudar as práticas, as diretrizes clínicas devem estar integradas com sistemas de lembretes, de alertas e de feedbacks ofertados em tempo real. O envolvimento de especialistas como suporte às equipes de APS, para o cuidado das pessoas portadoras de condições crônicas de maiores riscos ou complexidades, é fundamental. (WAGNER, 2002).

Figura 3 - Modelo de atenção às condições crônicas.



Fonte: Mendes (2007).

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem, no espaço micro, ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população.

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se pode prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos.

Os níveis 3, 4 e 5 estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. No nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual e gestante de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o Modelo, representada na Figura 3, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde da pirâmide de risco que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio risco são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da APS e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo (MENDES, 2007).

REFERÊNCIAS

1. CORDEIRO JÚNIOR, W. A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.
2. HOFFMAN, I. *et al.*, Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. **European Journal of Clinical Nutrition**, p. 887-895, 2001.
3. LORIG, K. *et al.* Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, brochitis, emphysema and others. Boulder, Bull PublishingCompany, ThirdEdition, 2006.
4. MACKWAY-JONES, K. *et al.* Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.
5. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.
6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.
7. PORTER, M.E. ; TEISBERG, E.O. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora, 2007.
8. SINGH, D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
9. VON KORFF, M. *et al.* Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, p. 1097-1102, 1997.
10. WAGNER, E. H. The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002