

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AS NOVAS ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO NA BUSCA DO CONTROLE  
DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Heleodora Lamounier Miranda**

**BELO HORIZONTE**

**2011**

**HELEODORA LAMOUNIER MIRANDA**

**AS NOVAS ESTRATÉGIAS DE GERENCIAMENTO NA BUSCA DO CONTROLE  
DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ana Claudia Porfírio Couto.

**BELO HORIZONTE**

**2011**

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS por me capacitar e ser meu refúgio seguro.

A meus filhos Eduardo e Mariana por “aceitar” a minha ausência.

À minha mãe pelo amor e ajuda incondicional.

Aos meus colaboradores do C.S. Pedreira Prado Lopes por acreditarem que é possível fazer um Serviço de Saúde diferente.

Aos coordenadores da capacitação de Gestão da Clínica /PBH, por ter propiciado um espaço de discussão rico e inovador.

## RESUMO

As condições crônicas aumentam em ritmo acelerado em todo o mundo. Os Modelos dos Sistemas de Saúde em sua maioria estão desenhados para atender as demandas agudas da população. Neste sentido cria-se um paradoxo, condições crônicas que aumentam comprometendo a perspectiva, a qualidade de vida e independência dos usuários que demandam de cuidados específicos e prolongados por parte da equipe de saúde enquanto essa está preparada para dar respostas pontuais e imediatas. Diante disso, é necessário investimentos em todos os níveis a fim de se estabelecer Sistemas de Saúde capazes de dar respostas eficazes as condições crônicas. Essa revisão de literatura apresenta o Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes como uma destas alternativas, sendo aplicável principalmente na Atenção Primária de Saúde com possibilidade de se alcançar adesão por grande parte dos usuários uma vez, ela são neste modelo, protagonistas do seu processo de saúde/doença.

**Palavras-chave:** Gestão do cuidado, Condições crônicas, Redes de saúde, Atenção primária.

## **ABSTRACT**

The chronic conditions increase apace around the world. The models of health systems in most of them are designed to meet the acute needs of the population. This creates a paradox, chronic conditions that increase compromising the perspective, the quality of life and independence of the users who require specific care and extended for part of the healthcare team while this is accustomed to give immediate answers. Before that, it's necessary investments at all levels in order to establish health systems able to give effective responses as chronic conditions. This literature review presents the model of the chronic conditions (MACC) proposed by Mendes as one of these alternatives being applied mainly in primary health care with the possibility of achieving accession for most users since these are in this template subject your health/disease process.

Keywords: management of care, chronic conditions, health networks, primary Attention.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>1.1 Objetivo.</b> . . . . .	<b>8</b>
<b>2 METODOLOGIA.</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2.1 Tipo de Pesquisa.</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2.2 Instrumento de coleta de dados.</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2.3 Análise dos dados e das informações.</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2.4 Limitações da pesquisa.</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.</b> . . . . .	<b>10</b>
<b>3.1 Sistema de saúde e gerenciamento das condições crônicas.</b> . . . . .	<b>10</b>
<b>3.2 Condições crônicas.</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3.3 Modelos de sistema de saúde.</b> . . . . .	<b>12</b>
<b>3.4 Gestão do cuidado.</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>3.5 Estratégias de organização do serviço.</b> . . . . .	<b>18</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.</b> . . . . .	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS.</b> . . . . .	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O perfil das doenças no mundo está mudando e as doenças crônicas são, em nossos dias, responsáveis pela maior parte da morbimortalidade global, ultrapassando as doenças infecciosas. “Os sistemas de serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas. Isso gerou uma cultura organizacional voltada para as urgências e emergências, com o objetivo de curar os doentes”; “Apesar do avanço das condições crônicas, os sistemas de saúde não estão desenhados para enfrentá-las” (MENDES, 2009, p.10).

As transições epidemiológica e demográfica mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde que passou a ser constituído, predominantemente, pelas condições crônicas. Porém, os sistemas de serviços de saúde estão planejados para atender às condições agudas. Logo, instalou-se um enorme dilema na prática social dos sistemas de serviços de saúde: eles estão organizados para enfrentar as condições agudas e devem responder, concomitante e prioritariamente, às condições crônicas. Os sistemas desenhados com deficiência, para atender as condições agudas não dão conta de lidar, eficazmente, com as condições crônicas (EPPING-JORDAN, 2003, p.33).

Os sistemas de serviços de saúde requerem uma nova organização e um novo processo que se estruture de maneira que permita intervenções inovadoras para condições crônicas (MENDES, 2009).

Há um importante esforço do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil para constituir uma rede integrada que acolha e resolva os problemas das pessoas, evitando filas nos hospitais e o gasto desnecessário de recursos público. Devendo ser a Atenção Primária de Saúde (APS) a coordenadora desta rede.

A solução para as deficiências do SUS em responder às condições crônicas passa pela superação do sistema fragmentado vigente por meio da implantação das redes de atenção à saúde. Em modelos de atenção que se diferenciam, profundamente, em relação às condições agudas e as crônicas, em um sistema integrado de saúde que atenda de maneira contínua e pro ativa em busca do equilíbrio das agendas tanto para a atenção às condições agudas e crônicas. Sendo a APS a coordenadora do Sistema de Saúde dada a sua experiência na construção do processo de atenção em saúde em um território definido com uma população adstrita e sobre a égide do vínculo e da responsabilização (MENDES, 2007).

Nas APS a Estratégia de Saúde da Família (PSF) é a principal porta de entrada do cidadão na rede pública de saúde. As equipes de Saúde da Família são responsáveis por ofertar uma atenção integral que passa pela promoção da saúde, vai para a prevenção de doenças e encaminhamento a especialistas, e ainda inclui a recuperação da saúde desde a primeira atenção aos casos agudos e urgências até o cuidado longitudinal dos agravos crônicos.

Uma vez que, as condições crônicas estão se tornando mais expressivas no mundo inteiro, demandam dos sistemas de saúde novas ações de longo prazo. Pois, 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.5).

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 (MENDES, 2009).

Diante da complexidade que envolve o trabalho com as condições crônicas pretende-se com esta revisão buscar nas literaturas disponíveis, conhecimentos capazes de criar novas estratégias gerenciais na busca do controle das condições crônicas na atenção primária.

Essa necessidade surge a partir da experiência profissional da autora no SUS atuando na Atenção Primária em um Centro de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. Esse serviço tem como estratégia de organização o Programa de Saúde da Família. Nele observa-se a existência de um número crescente de usuários com comprometimentos crônicos que tem agravado e agudizado seu quadro clínico e ainda sofrendo de seqüelas, com mutilações e comprometimento importante da independência. Tal observação proporcionou a reflexão que talvez, o controle eficaz das condições crônicas na atenção primária poderia evitar a instalação de seqüelas em muitos daqueles pacientes. Tais experiências conduziram à necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a importância do controle das condições crônicas dos pacientes na atenção primária, na prevenção das complicações.



## **1.1 Objetivo**

Realizar uma revisão da literatura sobre as novas estratégias de gerenciamento na busca do controle do paciente crônico na atenção primária.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Pesquisa**

No desenvolvimento desta pesquisa procurou-se descrever o fenômeno por meio de pesquisa que ocorreu mediante consulta em literatura disponível.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, o que permite conhecer a produção científica sobre um determinado assunto promovendo uma síntese daquilo que lhe é peculiar. A principal vantagem desta metodologia é permitir ao pesquisador uma maior cobertura de fenômenos do que se poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002, p.171).

Na elaboração deste trabalho foram utilizados os descritores LILACS e MEDLINE, na busca de publicações entre os anos de 1999 a 2010, que associam gerenciamento com controle das condições crônicas.

### **2.2 Instrumento de coleta de dados**

Como instrumento norteador, ou seja, para fundamentação desta pesquisa, utilizou-se livros, artigos de revistas científicas indexadas nos bancos de dados e publicações do Ministério da Saúde.

### **2.3 Análise dos dados e das informações**

O conteúdo foi obtido na pesquisa foi analisado qualitativamente, na forma de discurso.

### **2.4 Limitações da pesquisa**

Esta pesquisa não representa o universo como um todo, mas sim, uma porção do muito que pode ser estudado em épocas futuras.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Sistema de saúde e gerenciamento das condições crônicas

Sistema de saúde tem sido definido como a estrutura que abrange todas as ações voltadas, basicamente, para melhorar ou manter a saúde. 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.33).

Os sistemas de serviços de saúde foram construídos, historicamente, para atender às condições agudas. As transições epidemiológica e demográfica mudaram o objeto dos sistemas de serviços de saúde que passou a ser constituído, predominantemente, pelas condições crônicas (EPPING-JORDAN, 2003, p.33).

Diante desse fato, os sistemas de saúde precisam criar uma nova maneira de conceber e conduzir as condições crônicas. É necessário inovar. Sistemas de saúde com poucos recursos podem melhorar seus resultados se, desenharem um modelo que privilegie o atendimento das condições crônicas. Vários países estão redesenhando seus modelos e inovando no que diz respeito ao gerenciamento das condições crônicas (EPPING-JORDAN, 2003, p.11).

A condução adequada das condições crônicas gera efetividade ao tratamento evitando os sintomas agudos, o que impacta nos recursos da saúde (EPPING-JORDAN, 2003, p.10).

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 integração também inclui a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema incluindo iniciativas de prevenção. Os resultados dos serviços integrados são: saúde melhorada, menos desperdício, maior eficiência e uma experiência menos frustrante para os pacientes e profissionais da saúde (EPPING-JORDAN, 2003, p.9, p.77).

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 impõem 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.80).

### **3.2 Condições crônicas**

As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, elas englobam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si (EPPING-JORDAN, 2003, p.15).

No entanto, doenças transmissíveis (HIV/AIDS) e não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações) embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas (EPPING-JORDAN, 2003, p.15).

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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.17).

De acordo com Epping-Jordan (2003, p.15), as condições crônicas tem persistido ao longo anos e necessitam de certo nível de cuidado permanente e compartilham algumas características preocupantes em relação a estas condições:

- Estão aumentando, no mundo;
- Tem desafiado a capacidade de organizar sistemas de saúde para atender as demandas de forma eficiente e efetiva;
- Apresentam repercussões econômicas e sociais e ameaçam os recursos da saúde;
- Podem ser minimizadas se adotadas estratégias de mudanças e inovações.

A pirâmide demográfica está mudando: as taxas de natalidade decrescente, aumento da expectativa de vida e populações envelhecendo. Em consequência da

longevidade e da mudança demográfica há o aumento na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde (EPPING-JORDAN, 2003, p.19).

O aumento na sobrevida não é necessariamente condição para aumentar as taxas de condições crônicas, a fim de que isso seja evitado são necessárias medidas de controle para prevenir o aparecimento de problemas crônicos (EPPING-JORDAN, 2003, p.20).

O estilo de vida e o comportamento são elementos determinantes para surgimento de patologias crônicas (HAS, DM. Doenças cardiovasculares, câncer, HIV/ DST), pois o modo de viver pode prevenir, ou agravar esses problemas e as complicações decorrentes (EPPING-JORDAN, 2003, p.20).

Do ponto de vista demográfico, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens (IBGE, 2008).

A situação epidemiológica, expressa em estudos de carga de doenças, mostra que 66,3% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade se devem a doenças crônicas; 14,7% a doenças infecciosas e parasitárias; 10,2% a causas externas; e 8,8% a condições maternas e perinatais (SCHRAMM *et al.*, *apud* MENDES, 2008). Além disso, há uma prevalência acentuada de fatores de riscos proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida como tabagismo, sobrepeso e obesidade, consumo inadequado de frutas e hortaliças, inatividade física, consumo abusivo de álcool, sexo inseguro e outros (BRASIL, 2007).

Essa complexa situação de saúde, vigente no Brasil, pode ser definida como de tripla carga de doenças, porque envolve, concomitantemente: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento das causas externas (FRENK, *apud* MENDES, 2006).

### **3.3 Modelos de sistema de saúde**

Diante destes fatos, surge a necessidade de se repensar os modelos de sistemas de saúde em uso e a efetividade da resposta dada aos complexos problemas de saúde. É fato que o atual modelo de saúde que se organiza

principalmente para dar resposta aos eventos agudos não responde as condições crônicas.

A solução da crise do sistema de saúde está na busca do equilíbrio entre a situação de saúde com rápida transição demográfica e tripla carga de doença com predomínio das condições crônicas esse equilíbrio se dará com a construção do sistema integrado de saúde que se articule de maneira contínua e proativa, nas Redes de Atenção à Saúde (EPPING-JORDAN, 2003, p.50-53).

Para o SUS/Brasil, Mendes (2009) propõe um modelo de atenção às condições crônicas na Atenção Primária a Saúde que parte de outros modelos. Os modelos de atenção à saúde voltada para as condições crônicas são construídos a partir de um modelo seminal, o modelo de atenção crônica, uma tradução literal de Chronic Care Model (CCM)<sup>1</sup> que busca articular pessoas portadoras de condições crônicas informadas com equipes de prestadores de serviços pro – ativas” (Mendes, 2009, p. 25).

A partir do CMM, para aplicação no SUS, Mendes (2009) desenvolveu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) que por ter como objeto um sistema público universal, ampliou o componente de saúde pública, trazendo elementos do: Modelo de determinação social da saúde<sup>2</sup> de Dahlgren e Whitehead e dando ênfase especial à estratificação de riscos das condições crônicas<sup>3</sup> e Pirâmide da Kaiser Permanente<sup>3</sup>. “O modelo Kaiser é composto por uma equipe interdisciplinar onde os pacientes com condições crônicas são estratificados de acordo com suas necessidades, com uma gestão intensiva da atenção aos portadores de mais altos riscos” (MENDES 2009, p.28).

---

<sup>1</sup>Chronic Care Model (CCM): **Modelo desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation**, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura internacional sobre o manejo das condições crônicas, publicado pela primeira vez, em 1998 (WAGNER, 1998).

<sup>2</sup>Modelo de determinação social da saúde. Modelo que representa os determinantes sociais da saúde em camadas concêntricas, de acordo com seus níveis de intervenção – proximal, intermediário e distal.

<sup>3</sup>Kaiser Permanente: Operadora de planos de saúde americana que constitui um modelo de atenção às condições crônicas, desenvolvido pelo Centro de Pesquisas daquela organização.

A figura (1) apresenta o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), determinado por Mendes (2009) para ser aplicado no SUS.



**Figura 1:** O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O MACC pode ser aplicado a diferentes territórios/populações: ao País, a um estado, a um município, a um distrito sanitário ou a uma população adscrita a uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

O lado esquerdo da Figura 1 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade de uma rede de atenção à saúde. Essa população e suas subpopulações devem ser cadastradas na atenção primária à saúde e devem ser registradas segundo os diferentes níveis do modelo:

- Nível 1, a população total;
- Nível 2, as subpopulações com fatores de riscos proximais, aqueles ligados aos comportamentos e aos estilos de vida: subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, de sedentários, de usuários excessivos de álcool, com alimentação inadequada etc;
- Nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos biopsicológicos e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos;
- Nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos;
- Nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O conhecimento de uma população por um sistema de atenção à saúde e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população.

O lado direito da Figura 1 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

- No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde distais e intermediários, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infra-estrutura urbana, serviços sociais etc.
- No nível 2, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e estilos de vida como sedentarismo, tabagismo, sobrepeso ou obesidade, alimentação inadequada, uso abusivo de álcool e outras drogas, sexo inseguro e outros.
- No nível 3, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde individuais ligados ao sexo, idade e fatores hereditários como os fatores de riscos biopsicológicos e as condições de saúde estabelecidas.

A parte intermediária da Figura 1 representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários, sustentadas pelas evidências contidas no modelo da atenção crônica.

- No nível 1, as intervenções serão de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários.
- No nível 2, as intervenções serão de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida.



Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. As intervenções serão predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica e a partir da gestão baseada na população.

- No nível 3 exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. Nesse nível, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos relativos à idade, ao gênero e à hereditariedade (PORTER; KELLOGG, *apud* MENDES, 2008).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, no nível 3, vai-se operar, em geral, na atenção primária à saúde e, principalmente por meio das intervenções de auto cuidado apoiado, ofertadas por uma equipe de saúde com ênfase na atenção multiprofissional;

- No nível 4, opera-se equilibradamente entre o auto cuidado apoiado e atenção profissional e, neste nível é que se necessita da atenção cooperativa dos especialistas e generalistas.
- No nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde (BERK E MONHEINT, 1992).

Assim, 1% da população usuária de um sistema de saúde gasta mais de um terço do total de recursos desse sistema. Além disso, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso.

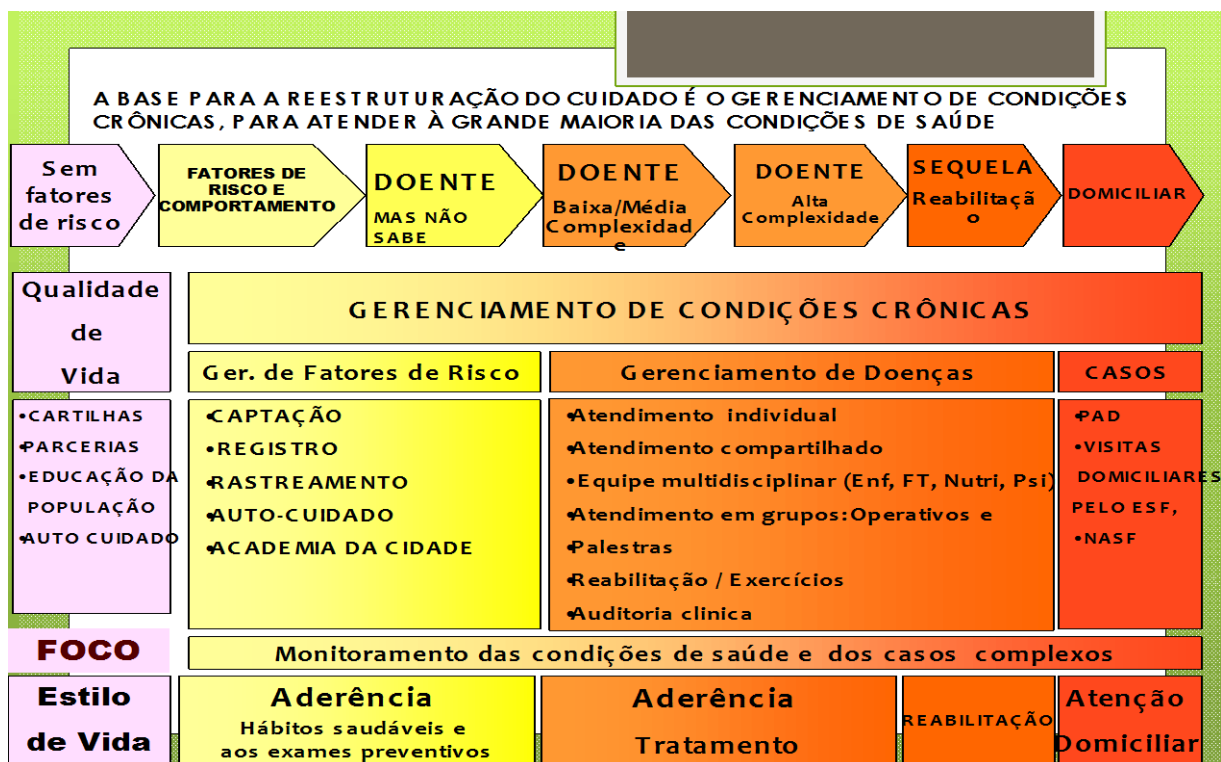
A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidado e de coordenação da atenção a saúde, de acordo com as necessidades da pessoa. Tem com o objetivo propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar (MENDES, 2009).

### 3.4 A gestão do cuidado

A linha do cuidado deve basear o trabalho das equipes de saúde na atenção primária e, sendo necessário, em outros níveis do sistema de saúde. Há uma grande parte da população sem fatores de risco para a saúde e esses devem ser trabalhados no sentido de manter um estilo saudável de vida em atividades de promoção a saúde. Há outro grupo com fatores de risco e/ou comportamento de risco e esses devem ser trabalhados no sentido da prevenção a agravos. Há ainda um grupo com uma condição crônica já estabelecida e estes devem ser tratados de acordo com o grau de gravidade e/ou comprometimento clínico, o usuário nestes casos podem demandar unicamente de orientações como podem necessitar de um acompanhamento sistemático e complexo das equipes de saúde.

É exatamente neste cenário da linha do cuidado que se faz presente a inovação do cuidado. Uma vez que, em um cuidado longitudinal busca-se vínculo e responsabilização por parte dos envolvidos, em uma construção onde o usuário, sua família em seu contexto sócio-econômico-cultural assumem o lugar de protagonistas e a equipe de saúde o lugar de apoio nos mais diversos níveis que a gravidade do caso requerer.

Seguindo essa linha, conforme pode ser visto na Figura 2, o Modelo de Atenção as Condições Crônicas se apresenta como uma grande possibilidade de gerenciar e controlar as condições crônicas. Uma vez que, para ser aplicado faz-se necessário principalmente uma mudança de postura, um olhar diferenciado para ao processo que gera saúde e doença e o lugar em que cada um dos envolvidos, equipe de saúde e usuários, se colocam neste lugar.



**Figura 2:** Linha do cuidado no gerenciamento de condição crônica

### 3.5 Estratégias de organização do serviço

De acordo com Epping-Jordan (2003, p.35), no nível local, ou seja na Atenção Primária a Saúde os problemas não são desconhecidos. Os Sistemas de Saúde precisam reconhecer que o encontro que se dá entre profissional de saúde e o usuário tem impacto sobre os resultados do tratamento. Diante disso, é necessário investimentos em estratégias capazes de potencializar esse encontro, como: intervenções comportamentais, técnicas para aumentar a aderência aos medicamentos ou métodos para melhorar as habilidades de comunicação dos trabalhadores da saúde.

Dois problemas comuns no nível local são:

- Falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde;
- Falta de ênfase na qualidade da interação com o pessoal da área de saúde.

As condições crônicas são prolongadas e requerem mais que tratamento clínico adequado é necessário uma estratégia de atenção capaz de envolver o paciente no gerenciamento de seus problemas de saúde definindo suas funções e responsabilidades. Os pacientes precisam mudar seu estilo de vida, precisam participar do tratamento e os profissionais da saúde devem apoiá-los nesse sentido.

O comportamento dos pacientes no dia a dia (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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.35).

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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.35). 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.36).

Envolver os pacientes no processo de tomada de decisão e planejamento do tratamento torna o atendimento às condições crônicas mais eficazes e eficientes (EPPING-JORDAN, 2003, p.36).

Outra estratégia de gerenciamento da condição crônica é uma prática orientada em evidências científicas. As diretrizes para o gerenciamento de várias condições crônicas, delineadas com base em evidências científicas, estão bem estabelecidas (EPPING-JORDAN, 2003, p.38). 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. O fato de não se fornecer tratamento orientado por evidências científicas leva a resultados insuficientes e gera desperdício. Sem evidências que orientem o tratamento, a intervenção efetiva corre o risco de ser excluída e os pacientes irão continuar submetidos a intervenções reconhecidamente ineficazes (EPPING-JORDAN, 2003, p.40).

A base do controle da condição crônica é a prevenção, pois a maioria das condições crônicas é evitável; entretanto, os trabalhadores da saúde não aproveitam as interações com os 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. A prevenção e a promoção de saúde devem ser abordadas em cada consulta realizada, o que infelizmente não ocorre na atenção clínica de rotina (EPPING-JORDAN, 2003, p.48).

Outro investimento precisa se dar nos sistemas de informação, pois constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas (EPPING-JORDAN, 2003, p.52). 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.56-58).

Na condução do usuário com condições crônicas é necessário mais do que as organizações de saúde podem oferecer, desta forma intersetorialidade é instrumento indispensável no tratamento. Os recursos comunitários podem suprir as faltas das organizações de saúde, melhorando significativamente o tratamento de pacientes com problemas crônicos. Contudo, vínculos formais são raramente estabelecidos (EPPING-JORDAN, 2003, p.58, p.71).

Em resumo, focar 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 (EPPING-JORDAN, 2003, p.63-65).

Neste sentido avança em Minas Gerais especialmente em Belo Horizonte a construção de um Modelo de Saúde voltado para as condições crônicas. Aqui se destaca a experiência no Centro de Saúde Pedreira Prado Lopes (C.S.PPL) que é uma das unidades piloto (CENTRO, 2011) em um projeto de gestão clínica que prevê exatamente a capacitação das equipes para abordagem dos usuários com

condições crônicas. Vários instrumentos são aprendidos e utilizados a fim de garantir eficácia no tratamento das condições crônica:

- Auditoria Clínica/PDSA – Revisão sistemática do cuidado para garantia da qualidade;
- Diretrizes Clínicas – as melhores recomendações para cada etapa da linha do cuidado;
- Registro e Monitoramento – uso adequado da informação para a programação de cuidados a população com condições crônicas;
- Atendimento Compartilhado / gerenciamento de caso - espaço de intervenção multiprofissional onde se faz o gerenciamento dos casos;
- Envolvimento do usuário e Auto Cuidado – estabelecendo parcerias e adquirindo habilidades para garantir melhores resultados e a prevenção ao longo da linha do cuidado;
- Cultura da segurança e gerenciamento de risco – capacidade de reconhecer e evitar situações que podem gerar danos, enquanto se tenta prevenir, diagnosticar ou tratar (EPPING-JORDAN, 2003, p.8-10).

Basicamente instrumentalizados e sensibilizados pela necessidade de se buscar novas abordagens aos usuários e família com condições crônicas as equipes do C. S.PPL prosseguem na construção de encontros efetivos entre seus profissionais e usuários. Os números ainda são inexpressivos nas há uma motivação e entusiasmo pelos resultados já percebidos e uma certeza de que é necessário caminhar em busca de inovações.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante o exposto percebe-se que compete aos tomadores de decisão e profissionais de saúde prevenir, detectar, estabelecer diagnóstico, identificar e controlar as condições crônicas em órgão alvo e/ou complicações crônicas e efetuar o gerenciamento adequado para cada situação. Pela alta prevalência na população e pelo grau de incapacidade que provoca, as condições crônicas necessitam de intervenção imediata objetivando uma melhor qualidade de vida do paciente.

É inegável a importância dos aspectos expostos neste trabalho, entre eles, a constatação de um rápido aumento na prevalência das condições crônicas e o elevado custo do tratamento. Mas o que realmente faz a diferença, quando se pensa no que é possível fazer, é que, desde que foram descobertas medidas efetivas para prevenir a progressão das condições crônicas, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado podem mudar o curso dessa história.

Todos os problemas descritos requerem soluções e levam a pensar no papel da equipe de saúde neste contexto. Além de lidarem com uma população crescente de indivíduos susceptíveis as condições crônicas, têm outras responsabilidades como conhecer suas variadas apresentações, a fim de retardar sua progressão e tratar as comorbidades relacionadas.

Diante disso, são necessários profissionais capazes de detectar as condições crônicas em estágios iniciais e realizar o devido encaminhamento.

Cada profissional da saúde ainda deverá atuar na educação para a saúde promovendo o envolvimento do paciente/família em todas as etapas da doença, levando o mesmo a ser o sujeito deste processo. Deve ainda identificar dentro de sua população aqueles com fatores de risco para desenvolver doenças crônicas, a fim de intervir na proteção/promoção da saúde.

Somente, conhecendo e atuando preventivamente sobre as questões demográficas da população, propondo alternativas para solução de eventuais problemas através do estreitamento dos vínculos com o paciente e a comunidade, estabelecendo parcerias intersetoriais, envolvendo os demais profissionais da unidade de saúde na promoção, prevenção, controle e tratamento dos agravos à saúde, será possível retardar o agravamento das condições crônicas, promovendo ao paciente uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde - **Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Vigitel, 2006-2007.

**CENTRO** de Saúde Pedreira Prado Lopes. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=historia&tax=14346&lang=pt\\_BR&pg=5780&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=historia&tax=14346&lang=pt_BR&pg=5780&taxp=0&)>. Acesso em: abril 2011.

EPPING-JORDAN, JoAnne (Coord.). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde**. Brasília: 2003, p.8-10, p.9, p.11, p.15, p.17, p.19, p.20, p.33, p.35, p.36, p.38, p.40, p.48, p.50-53, p.52, p.56-58, p.58, p.63-65, p.71, p.77, p.80. Disponível em: <[http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc\\_exec\\_summary\\_port.pdf](http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_exec_summary_port.pdf)>. <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas\\_-\\_opas.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas_-_opas.pdf)>. Acesso em: abril 2011.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, 171p.

**IBGE**–Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272)> Acesso em: 06 jun. 2011.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção a saúde**. Belo Horizonte, 2007. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde; Superintendência de Atenção à Saúde; Assessoria de Normalização.

MENDES, E.V. **Manejo da atenção às condições crônicas: uma proposta de modelo de atenção para condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: PDF/Adobe Acrobat – Visualização rápida. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.dafamilia.ufms.br/ShowPicture.php?id=1330>>. Acesso em: 1 maio 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009, p.10, p. 25, p.28.



MENDES Rev Med Minas Gerais, 2008. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://int.search-results.com/web?l=dis&locale=en\\_EN&o=16580&q=Rev%20Med%20Minas%20Gerais%202008%3B%2018\(8%204%20Supl%204\)%3A%20S3S11&atb=sysid%3D101%3Auid%3D346b2cf32d5ca7c6%3Auc%3D1310383293%3Asrc%3Dhmp%3Ao%3D16580%3Aq%3DRev%2520Med%2520Minas%2520Gerais%25202008%253B%252018\(8%25204%2520Supl%25204\)%253A%2520S3-S11](http://int.search-results.com/web?l=dis&locale=en_EN&o=16580&q=Rev%20Med%20Minas%20Gerais%202008%3B%2018(8%204%20Supl%204)%3A%20S3S11&atb=sysid%3D101%3Auid%3D346b2cf32d5ca7c6%3Auc%3D1310383293%3Asrc%3Dhmp%3Ao%3D16580%3Aq%3DRev%2520Med%2520Minas%2520Gerais%25202008%253B%252018(8%25204%2520Supl%25204)%253A%2520S3-S11)>. Acesso Em: 18 maio 2011.

**SISTEMA** de Saúde: Uma Análise das Experiências. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3631&ReturnCatID=1801>>. Acesso em: 26 abr. 2011.