

2. AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.1 CONCEITO

As condições crônicas são caracterizadas por possuírem curso mais ou menos longo ou permanente. Podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e agudizadas, devendo ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; manutenção da saúde por ciclos de vida, como puericultura, hebicultura e senicultura; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais. Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas.

2.1 OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

2.1.1 O Modelo de Atenção Crônica

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de Chronic Care Model (CCM), constitui o mais fundamentado e originou diversos outros. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. A figura 1 representa o CCM.

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Assim, para se obterem bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem-se promover mudanças nos sistemas de saúde, que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas, e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.



RESULTADOS CLÍNICOS E FUNCIONAIS

Figura 1. Modelo de Atenção Crônica.

PLANIFICASUS PARANÁ

Há evidências, na literatura internacional, dos efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, como os portadores de diabetes terem apresentado decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca terem melhores tratamentos e reduzirem suas internações em 35% (medidas por leitos/dia); os portadores de asma e diabetes receberem tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM terem sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundirem dentro e fora dessas organizações.

2.1.2 O Modelo da Pirâmide de Riscos

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR) é conhecido também como modelo da Kaiser Permanente, porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou em sua rotina assistencial.

Ele assenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou de caso. O MPR está representado na figura 2.

A figura 2 mostra que uma população portadora de condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade. Assim, 70% a 80% estão no nível 1, pois são pessoas que apresentam condição simples, possuem capacidade para se autocuidarem e constituem a maioria da população total portadora da condição crônica. Cerca de 20% a 30% estão no nível 2, pois são pessoas que apresentam condição complexa, porque têm fator de risco biopsicológico ou condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de equipe profissional.

A maior parte do cuidado deve ser provida por equipe de Atenção Primária à Saúde com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, alto uso de recursos de atenção à saúde. Finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam necessidades altamente complexas e/ou usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nesta subpopulação, uso muito intensivo de recursos de Atenção à Saúde.

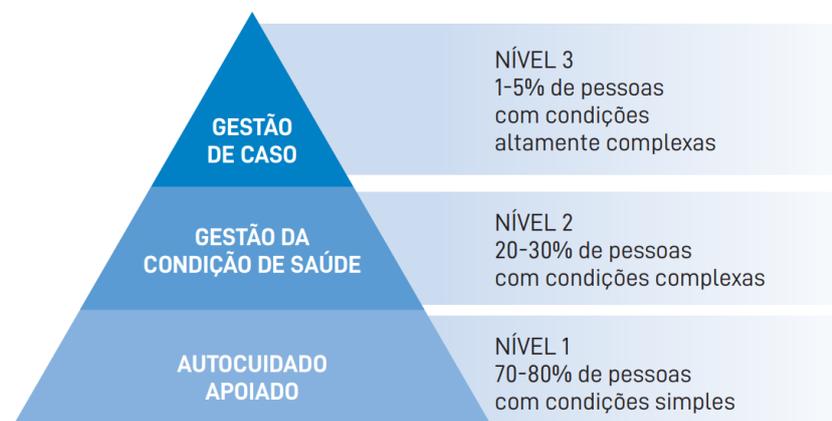


Figura 2. Modelo da Pirâmide de Riscos.

PLANIFICASUS PARANÁ

A lógica do MPR está em promover a saúde de toda a população; estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples; ofertar a gestão da condição de saúde para que as pessoas a tenham estabelecida e possam manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas, por meio da tecnologia de gestão de caso.

2.1.3 O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

O modelo de Dahlgren e Whitehead da Determinação Social da Saúde (DSS) inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada distal, em que se situam os macrodeterminantes. A figura 3 representa esse modelo.

De acordo com o modelo, os fatores macro da camada 5, ou seja, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis, que atuem para reduzir a pobreza e a desigualdade, superar as iniquidades em termos de sexo e de etnicidade, promover a educação universal e inclusiva, e preservem meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho, incluindo o acesso a serviços essenciais, como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada é a organização de projetos intersetoriais.



Figura 3. O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social, que permitem a acumulação de capital social. As alternativas políticas envolvem a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam que as pessoas trabalhem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram.

PLANIFICASUS PARANÁ

Os determinantes sociais da camada 2, os proximais, tornam imperativas as necessidades de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criar ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações desenvolvidas no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros), e/ou as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

2.1.4 Um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes, baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega àquele modelo seminal o MPR e o Modelo da Determinação Social da Saúde, para ajustá-lo às singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de DSS, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, tratando-se de modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

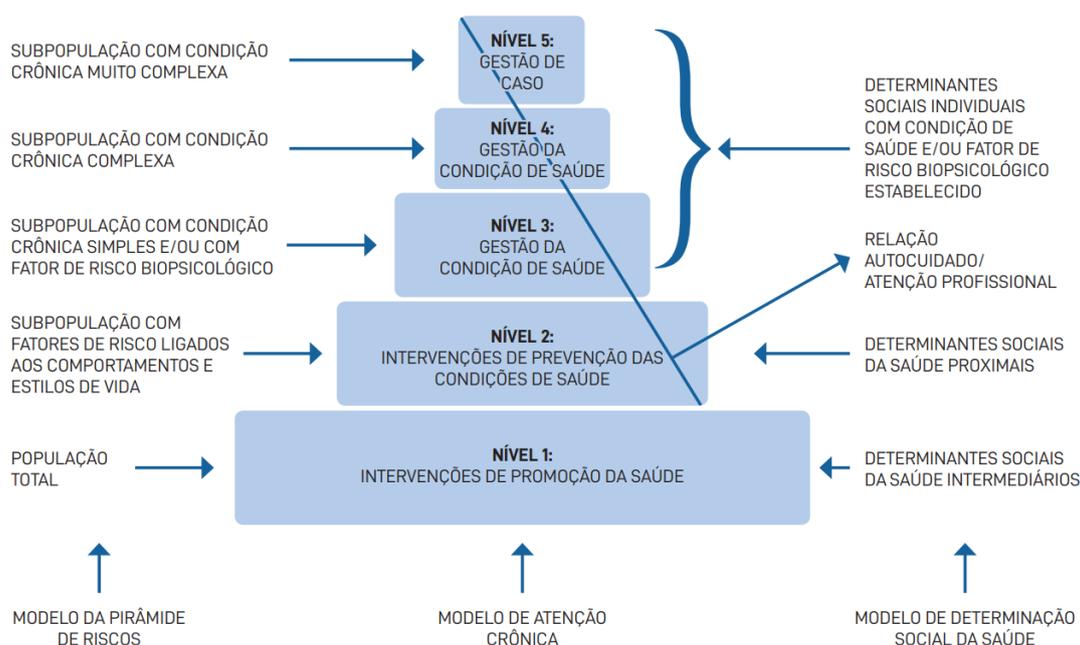


Figura 4. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

PLANIFICASUS PARANÁ

O lado esquerdo da figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS: no nível 1, está a população total e na qual se intervirá em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários; no nível 2, estão subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); no nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; no nível 4, pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e no nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde, em razão dos determinantes sociais da saúde. O meio da Figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/às subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, por meio de projetos intersetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, geração de emprego e renda, ampliação do acesso ao saneamento básico, melhoria educacional e na infraestrutura urbana etc.

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, considerados fatores de risco modificáveis e 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 condição de saúde estabelecida e nem manifestação de fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou sexo. Somente a partir do nível 3 do MACC é que opera-se com fator de risco biopsicológico individual e/ou 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, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos – a camada central do modelo de DSS. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão com base na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica em 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, definida pelo MPR. Nesse nível, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, sexo, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, opera-se com subpopulações da população total, que apresentam condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na 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 diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, e alto risco, ou gestante de risco habitual, intermediário e alto).



PLANIFICASUS PARANÁ

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 MACC, representada na figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR, que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais.

Assim, no nível 3, operar-se principalmente por intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por equipe da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, neste nível, necessita-se de atenção cooperativa dos generalistas da Atenção Primária à Saúde e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão também relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde, convocando tecnologia específica de gestão da clínica: a gestão de caso. Há, aqui, 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 por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

Perguntas disparadoras

Agora que já leram o texto, vamos à discussão considerando as questões a seguir. Atenção ao tempo da atividade e lembrem que a participação de todos é importante. A resposta da última pergunta deverá ser colocada em um cartaz com a síntese da discussão do grupo, para ser apresentada em plenária.

1

O que são condições crônicas?

2

Qual importância da estratificação de risco para as condições crônicas?

3

Qual a importância de considerar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, na reorganização do modelo de atenção à saúde no SUS?