

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

EUGENIO VILAÇA MENDES

ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS

- **O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **AS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O CONCEITO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE É UM SISTEMA LÓGICO QUE ORGANIZA O FUNCIONAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, ARTICULANDO, DE FORMA SINGULAR, AS RELAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES DA REDE E AS INTERVENÇÕES SANITÁRIAS, DEFINIDO EM FUNÇÃO DA VISÃO PREVALECENTE DA SAÚDE, DAS SITUAÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA E DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, VIGENTES EM DETERMINADO TEMPO E EM DETERMINADA SOCIEDADE

FONTE: MENDES (2009)

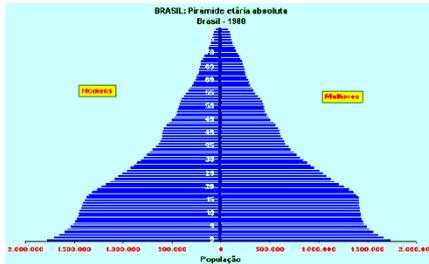
O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **AS CONDIÇÕES CRÔNICAS SÃO AQUELAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO MAIS OU MENOS LONGO OU PERMANENTE QUE EXIGEM RESPOSTAS E AÇÕES CONTÍNUAS E PROATIVAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS PARA O SEU CONTROLE EFETIVO, EFICIENTE E COM QUALIDADE**
- **SÃO CONDIÇÕES CRÔNICAS:**
 - AS DOENÇAS CRÔNICAS**
 - AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO LONGO**
 - AS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS**
 - A MANUTENÇÃO DA SAÚDE POR CICLOS DE VIDA**
 - OS DISTÚRBIOS MENTAIS DE LONGO PRAZO**
 - AS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E ESTRUTURAIS CONTÍNUAS**
 - AS DOENÇAS BUCAIS**

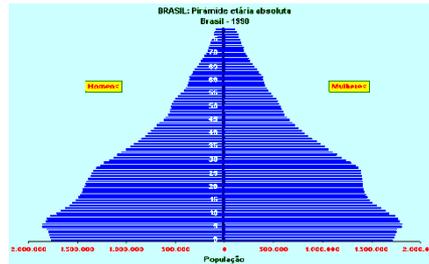
A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

- **A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA**
- **A CARGA DE DOENÇAS**

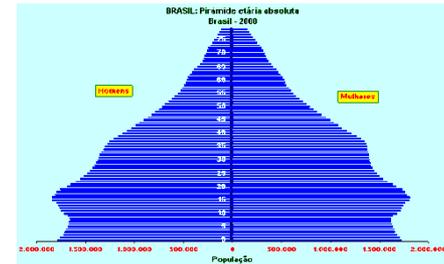
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



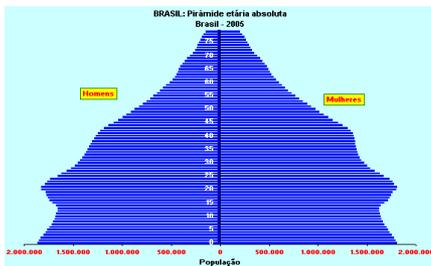
1980



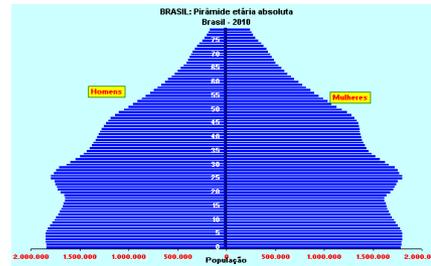
1990



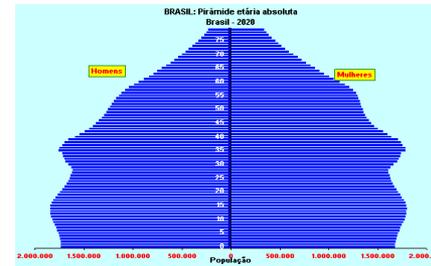
2000



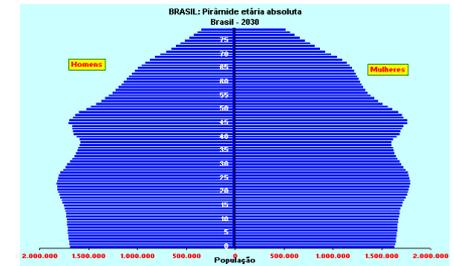
2005



2010



2020



2030

10% da população idosa
20 MILHÕES

BRASIL
2005 a 2030

15% da população idosa
MAIS DE 40 MILHÕES

A CARGA DE DOENÇAS EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE - BRASIL, 1998

DOENÇA OU CONDIÇÃO	AVAI'S POR MIL HABITANTES	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
DOENÇAS CRÔNICAS	124	66,2
TOTAL	232	100

FONTE: SCHRAMM et alii (2004)

A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS

- **UMA AGENDA NÃO CONCLUÍDA DE INFECÇÕES, DESNUTRIÇÃO E PROBLEMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**
- **A FORTE PREDOMINÂNCIA RELATIVA DAS DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS FATORES DE RISCOS, COMO TABAGISMO, SOBREPESO, INATIVIDADE FÍSICA, USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E ALIMENTAÇÃO INADEQUADA**
- **O CRESCIMENTO DAS CAUSAS EXTERNAS**

O PROBLEMA CRÍTICO DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE QUE COMBINA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE DOENÇA, COM FORTE PREDOMINÂNCIA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA EPISÓDICA E REATIVA E QUE É VOLTADO PRINCIPALMENTE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E ÀS AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

O CONTROLE DO DIABETES

NO BRASIL

- APENAS 10% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 1 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- APENAS 27% DOS PORTADORES DE DIABETES TIPO 2 APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 45% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 44% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 16% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM ALTERAÇÕES RENAIIS
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 721,00

NOS ESTADOS UNIDOS

- 17,9 MILHÕES DE PORTADORES DE DIABETES, 5,7% MILHÕES SEM DIAGNÓSTICO (32%)
- APENAS 37% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NÍVEIS GLICÊMICOS CONTROLADOS
- 35% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM SINAIS DE RETINOPATIAS
- 58% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM DOENÇAS CARDIOVASCULARES
- 30% A 70% DOS PORTADORES DE DIABETES APRESENTARAM NEUROPATIAS
- 15% DOS PORTADORES DE DIABETES SUBMETERAM-SE A AMPUTAÇÕES
- GASTO PER CAPITA/ANO EM SAUDE: US 7.164,00

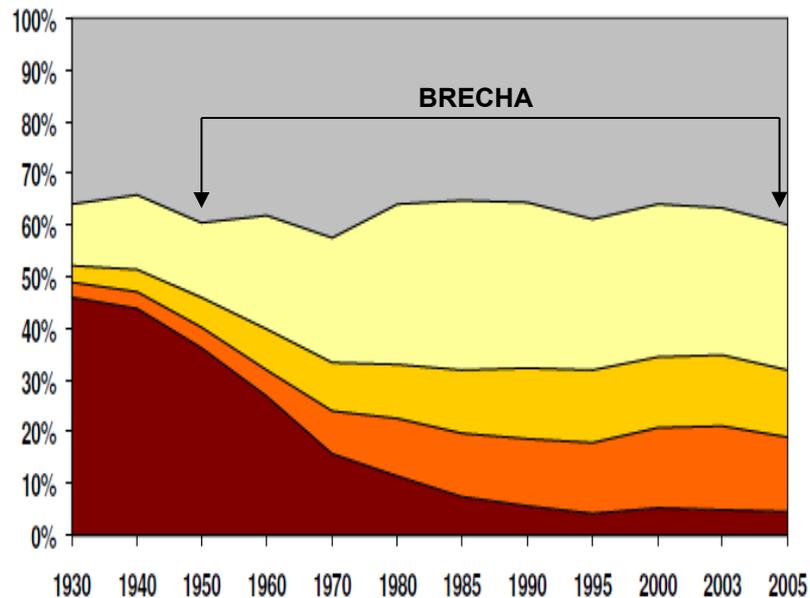
FONTES: BARR et al. (1996); SAYDADH et al.(2004); NATIONAL DIABETES STATISTIC (2007); IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE (2008); UNIFESP/FIOCRUZ (2009); WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011)

A EVOLUÇÃO DE UM CLIENTE DE UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE: O CASO DO SR. SEDENTÁRIO

ANO	EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE
1990	HOMEM DE 40 ANOS COM OBESIDADE, ESTRESSE E HISTÓRIA FAMILIAR DE DIABETES
1995	DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
2002	DIAGNÓSTICO DE DIABETES
2008	CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO FEITA NO HOSPITAL X
2009	CIRURGIA E REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO COMPLICADA POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COM SEQUELAS MOTORAS CUSTO DAS INTERVENÇÕES: 50 MIL REAIS
2009	ATENÇÃO DOMICILIAR E GESTÃO DE CASO

A CRISE DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MACRO

Mortalidade Proporcional no Brasil, 1930 - 2005



■ Infeciosas e Parasitárias ■ Neoplasias ■ Causas Externas ■ Aparelho Circulatorio ■ Outras Doenças

Fonte SVS - 2005 - Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais

UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA METADE DO SÉCULO XX

POR QUÊ?

O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)

FONTE: MENDES (2009)

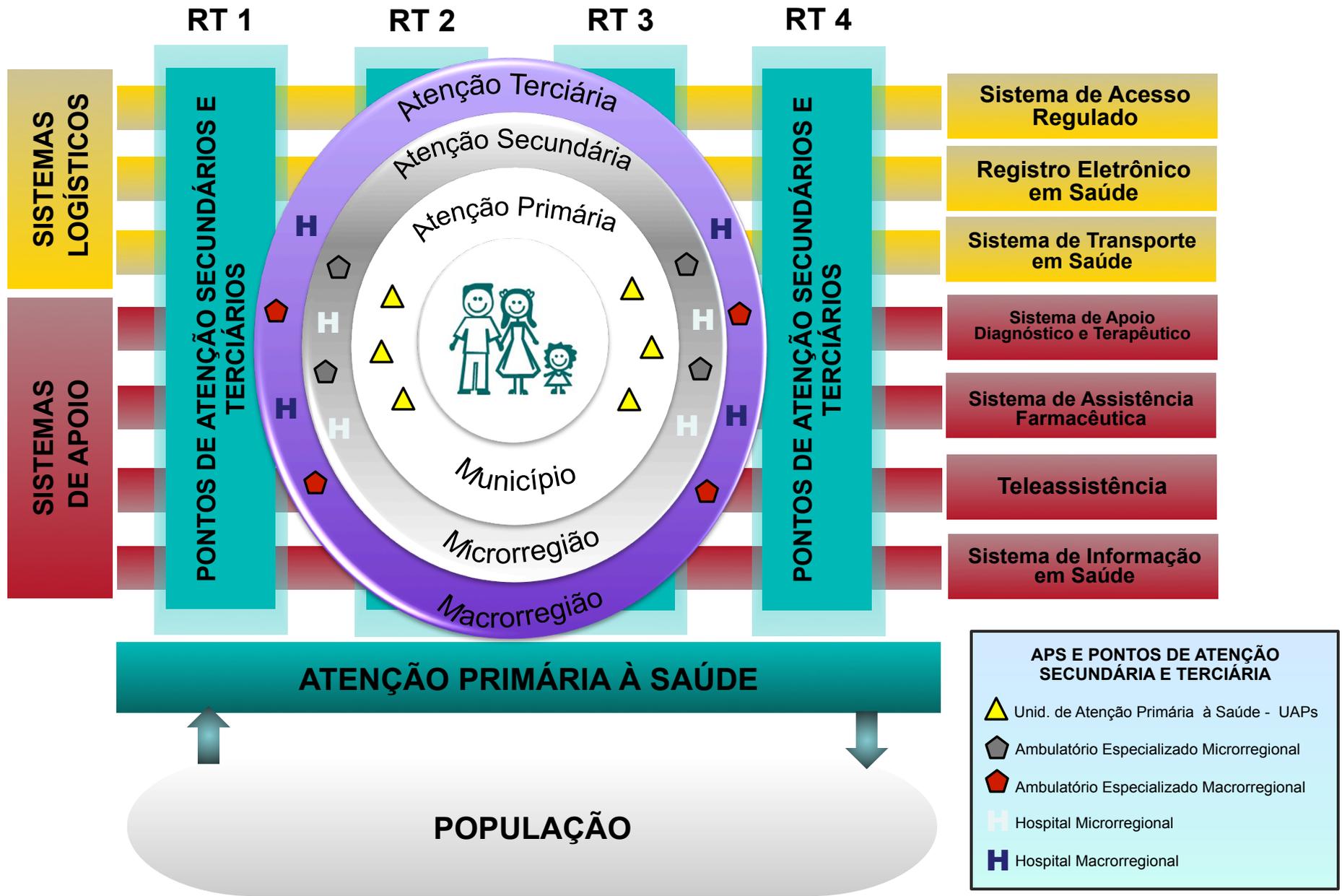
A SOLUÇÃO DO PROBLEMA CRÍTICO DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

**O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A
SITUAÇÃO DE SAÚDE COM TRANSIÇÃO
DEMOGRÁFICA ACELERADA E TRIPLA CARGA DE
DOENÇA COM PREDOMÍNIO RELATIVO FORTE DE
CONDIÇÕES CRÔNICAS E UM SISTEMA INTEGRADO
DE SAÚDE QUE OPERA DE FORMA CONTÍNUA E
PROATIVA E VOLTADO EQUILIBRADAMENTE PARA A
ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS:
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

OS ELEMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A POPULAÇÃO**
- **UMA ESTRUTURA OPERACIONAL**
- **UM MODELO LÓGICO**

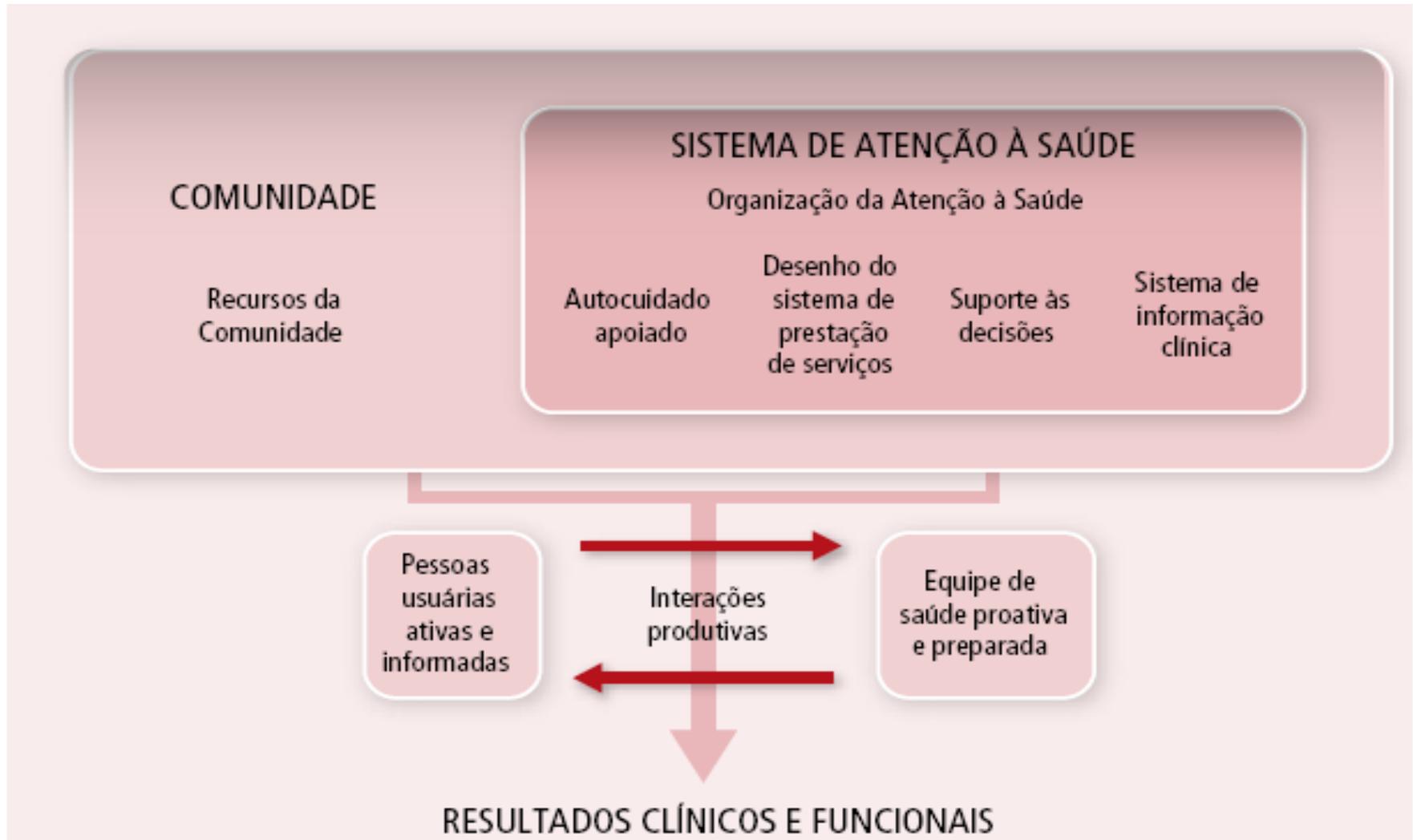
A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS**
- **O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA



VARIÁVEIS-CHAVE DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**
A atenção às condições crônicas é parte do plano estratégico da organização e tem apoio da liderança senior;
A atenção às condições crônicas é parte dos programas de qualidade da organização;
- **DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**
Trabalho em equipe multidisciplinar com tarefas claramente definidas;
Novas formas de atenção: atendimento em grupo, atendimento à distância, grupos de pares;
Incremento do atendimento programado;
Trabalho conjunto de especialistas e profissionais da atenção primária à saúde;
- **SUPORTE À DECISÃO**
Utilização rotineira de diretrizes clínicas baseadas em evidências;
Sistema regular de educação permanente dos profissionais;
Sistema regular de educação em saúde das pessoas usuárias, com base em teorias do campo da psicologia;

VARIÁVEIS-CHAVE DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

- **SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA**
Prontuário clínico eletrônico capaz de fazer o registro das pessoas por condições de saúde e por estratos de risco;
Prontuário eletrônico capaz de prover lembretes e alertas e dar feedbacks para os profissionais e para as pessoas;
- **AUTOCUIDADO APOIADO**
Utilização rotineira de instrumentos de autocuidado apoiado construídos com base em evidências de sua efetividade;
Plano de autocuidado elaborado e monitorado, conjuntamente, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias;
Monitoramento regular das metas de autocuidado;
- **RECURSOS DA COMUNIDADE**
Ligação estreita entre os serviços de saúde e as organizações comunitárias para prover recursos complementares.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

- **EFEITO SINÉRGICO POSITIVO QUANDO OS DIFERENTES COMPONENTES DO MODELO SÃO COMBINADOS**
- **MAIOR SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **MAIOR SATISFAÇÃO DAS EQUIPES PROFISSIONAIS**
- **MELHORES RESULTADOS CLÍNICOS**
- **QUANDO APLICADO COMO PARTE DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE MELHORA A QUALIDADE DA ATENÇÃO**
- **MUITO EFETIVO NA ATENÇÃO A PORTADORES DE ASMA, DEPRESSÃO, DIABETES E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

FONTES: McLISTER et al. (2001); WAGNER et al. (2001); BODDENHEIMER et al. (2002); GLASGOW et al. (2002); HARTWELL et al. (2002); MONTON et al. (2002); SCOTT et al. (2002); ENDICOTT et al. (2003); GILMER & O'CONNOR (2003); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003); WELLIGHAM, (2003); CHIN et al (2004); DANIEL et al. (2004); GROMEN et al (2004); GONSET et al. (2004); LI et al. (2004); LOUDON et al. (2004); LOZANO et al. (2004); WANG et al. (2004); BATTERSBY et al. (2005); BRAY et al. (2005); DWIGHT-JOHNSON et al. (2005); GOETZEL et al. (2005); HOMER et al. (2005); SIMINERIO et al. (2005); SINGH (2005); STOEIBEL et al. (2005); SINGH (2005); OUWENS et al. (2005); BAUER et al. (2006); HUNG et al. (2006); LANDIS et al. (2006); PIATT et al. (2006); SINGH & HAM (2006)

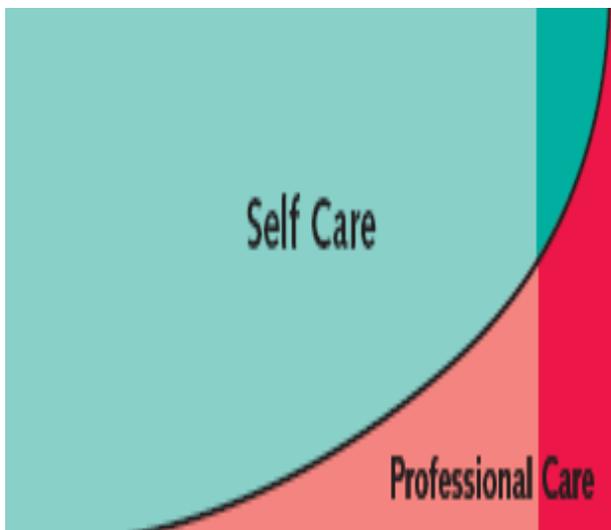
POR QUE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) PARA O SUS?

- **PORQUE O SUS É UM SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL COM RESPONSABILIDADES CLARAS SOBRE TERRITÓRIOS E POPULAÇÕES**
- **PORQUE O MODELO DO SUS DEVE INCORPORAR INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS INTERMEDIÁRIOS E PROXIMAI DA SAÚDE: É UM MODELO EXPANDIDO**
- **PORQUE AS INTERVENÇÕES SOBRE OS FATORES DE RISCO BIOPSIOLÓGICOS E SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS DEVEM SER FEITAS POR SUBPOPULAÇÕES ESTRATIFICADAS POR RISCOS E POR MEIO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA**

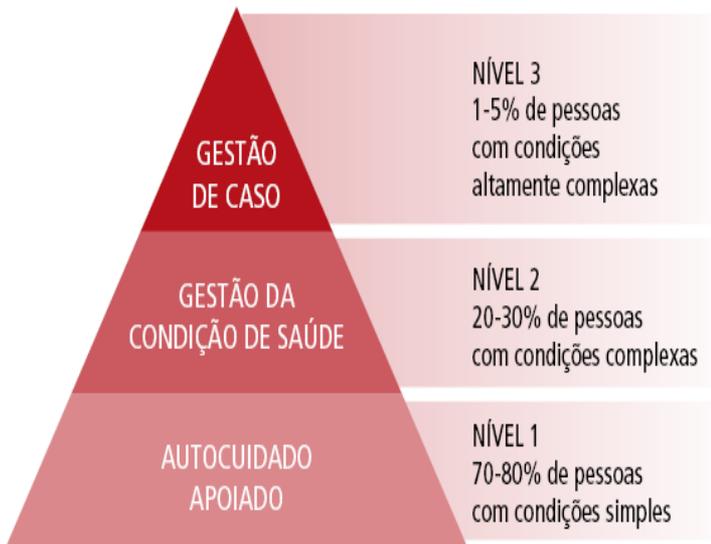
O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

- **O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA**
- **O MODELO DA PIRAMIDE DE RISCO**
- **O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE**

O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO



TEORIA DO ESPECTRO DA ATENÇÃO À SAÚDE



MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO



RELAÇÃO ENTRE CUIDADO PROFISSIONAL E AUTOUIDADO

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A PIRÂMIDE DA KAISER PERMANENTE

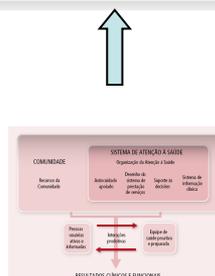
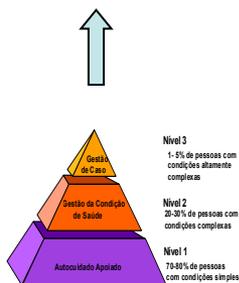
- **MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS USUÁRIAS**
- **DIMINUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES**
- **DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NOS HOSPITAIS**
- **AUMENTO DA SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS**

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DE DAHLGREN E WHITEHEAD



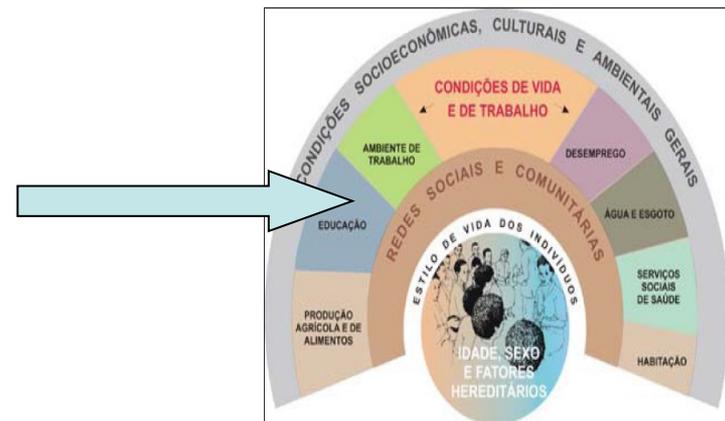
FONTE: DAHLGREN & WHITEHEAD (1991)

UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS



OS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS INTERMEDIÁRIOS DA SAÚDE

- A RENDA
- O EMPREGO
- A EDUCAÇÃO
- A HABITAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- VIOLÊNCIA
- SEGURANÇA
- OCUPAÇÃO
- INFRA-ESTRUTURA
- OUTROS DETERMINANTES



AS INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS INTERMEDIÁRIOS DA SAÚDE: A PROMOÇÃO DA SAÚDE

- As intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde: os projetos intersetoriais
- A vigilância dos determinantes sociais intermediários da saúde



FONTE: MENDES (2009)

OS PRINCIPAIS DETERMINANTES PROXIMAIS DA SAÚDE LIGADOS AOS COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA

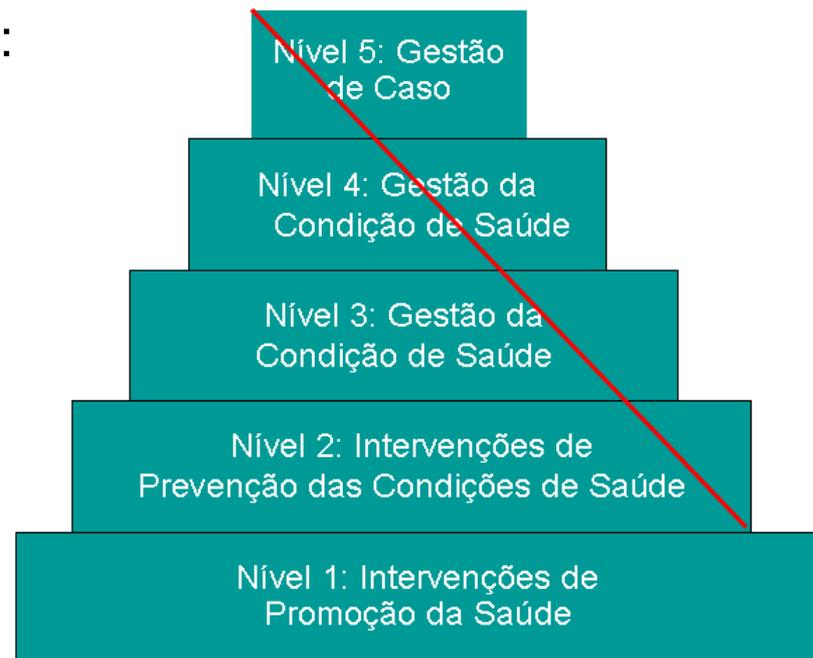
- O TABAGISMO
- O PESO
- A DIETA
- A ATIVIDADE FÍSICA
- O USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
- OUTROS DETERMINANTES



FONTE: COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2008)

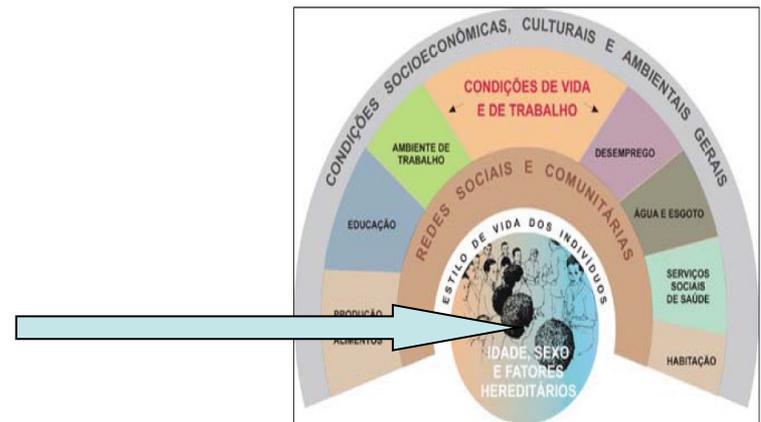
AS INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS PROXIMAIIS LIGADOS AO COMPORTAMENTO E ESTILOS DE VIDA

- A vigilância dos fatores de risco relativos aos comportamentos e estilos de vida
- As intervenções preventivas relativas a:
 - **Sobrepeso ou obesidade**
 - **Alimentação inadequada**
 - **Inatividade física**
 - **Uso excessivo de álcool e outras drogas**
 - **Tabagismo**
 - **Outros riscos**



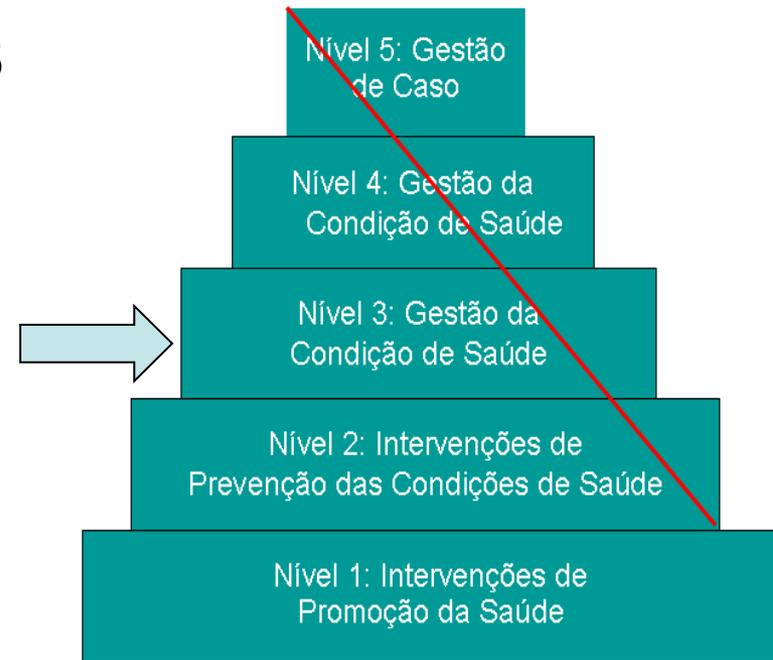
OS PRINCIPAIS DETERMINANTES INDIVIDUAIS: FATORES DE RISCO BIOPSIOLÓGICOS

- IDADE
- GÊNERO
- RESPOSTA IMUNOLÓGICA
- LESÕES PRÉ-CLINICAS
- PRESSÃO ARTERIAL
- COLESTEROL
- NÍVEL GLICÊMICO
- DEPRESSÃO
- RISCOS DAS PESSOAS IDOSAS
- OUTROS



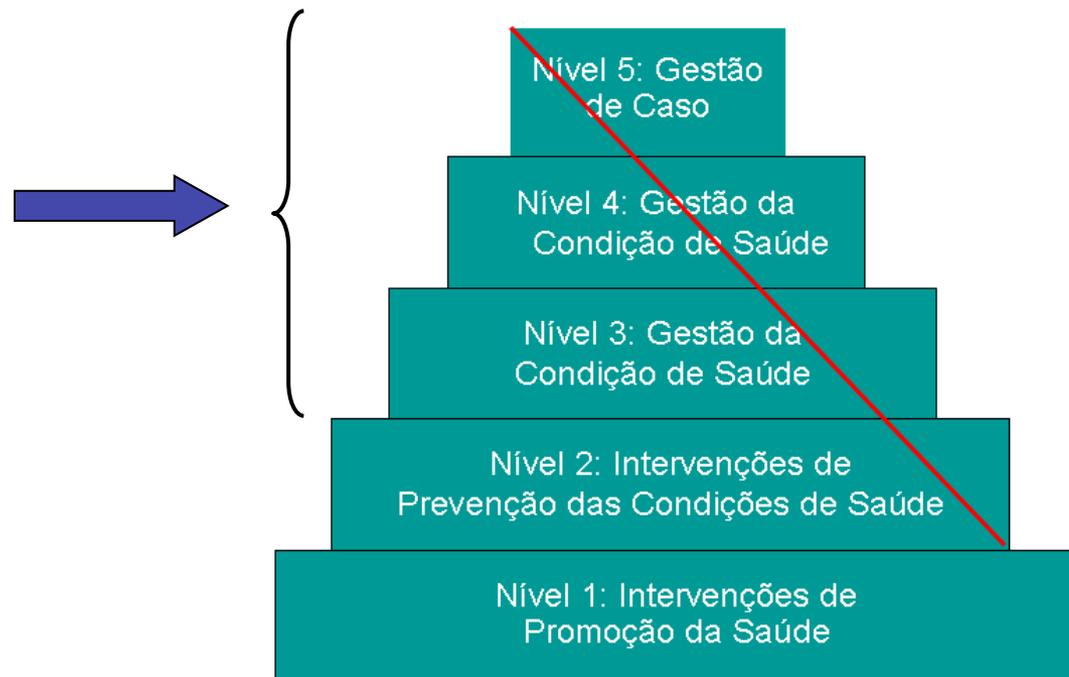
AS INTERVENÇÕES SOBRE OS FATORES DE RISCO BIOPSIOLÓGICOS

- A VIGILÂNCIA DOS FATORES DE RISCO BIOPSIOLÓGICOS
- AS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS RELATIVAS A:
 - VACINAÇÃO
 - RASTREAMENTO DE DOENÇAS
 - CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
 - CONTROLE GLICÊMICO
 - CONTROLE DO COLESTEROL
 - CONTROLE DA DEPRESSÃO
 - ACOMPANHAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS IDOSAS

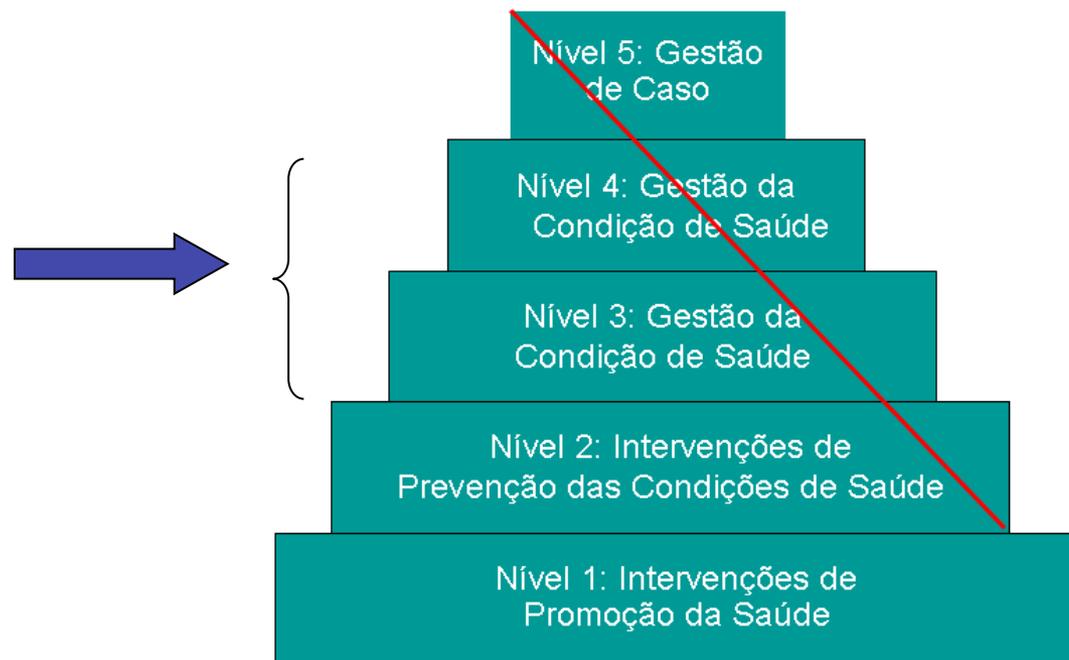


AS INTERVENÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS: AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA

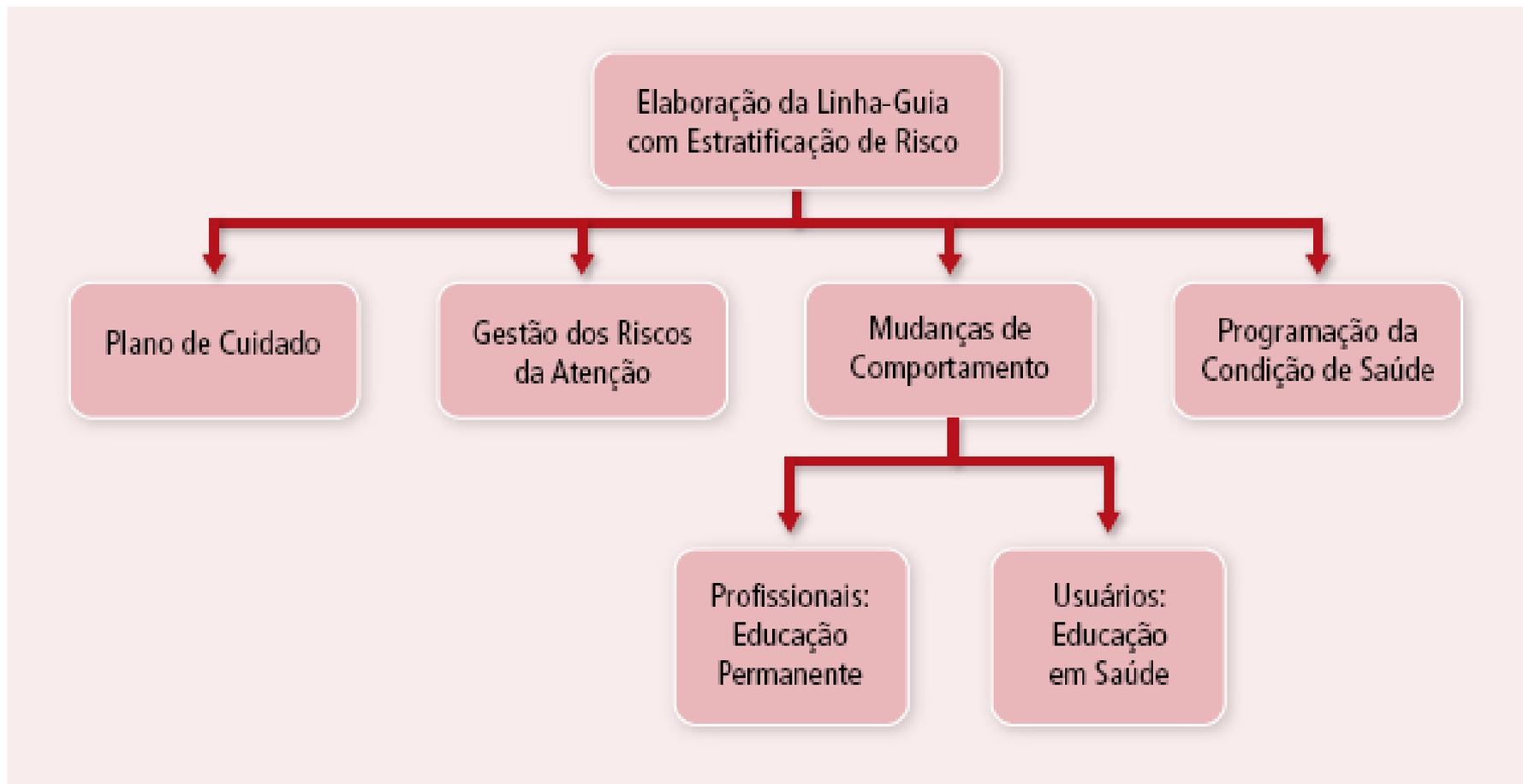
- A Gestão da Condição de Saúde
- A Gestão de Caso



AS INTERVENÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS DE NÍVEIS 3 E 4: AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE



A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE



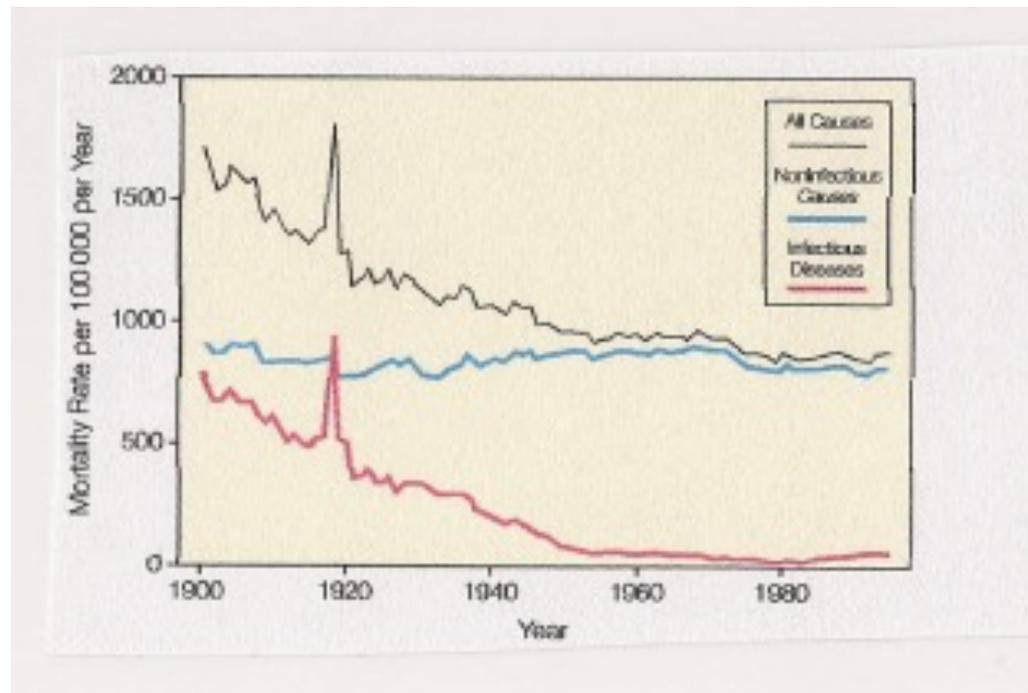
AS INTERVENÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS DE NÍVEL 5: A TECNOLOGIA DE GESTÃO DE CASO



A CRISE DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO PLANO MICRO: A FALÊNCIA DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHES DISSERAM (Roter & Hall, 1989)**
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS (Schillinger et al., 2003)**
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS (Schillinger et al., 2005)**
- **A CRISE DA CLÍNICA ESTÁ EM TRANSPLANTAR A LÓGICA DO ATENDIMENTO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS. ISSO NÃO DÁ CERTO (Grumbach & Bodenheimer, 2004)**

TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS INFECCIOSAS, NÃO INFECCIOSAS E POR TODAS AS CAUSAS ESTADOS UNIDOS - 1900 A 1996



FONTE: ARMSTROG et al. (1999)

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A CLÍNICA



UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **DA CURA PARA O CUIDADO**
- **DA QUEIXA-PROBLEMA PARA O PLANO DE CUIDADO**
- **DA ATENÇÃO CENTRADA NA DOENÇA E NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA E NA FAMÍLIA**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE ATENÇÃO PROGRAMADA E NÃO PROGRAMADA**
- **DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL**
- **O COMPARTILHAMENTO DA ATENÇÃO DOS GENERALISTAS E DOS ESPECIALISTAS**
- **O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL**
- **O INCREMENTO DO CUIDADO COMPARTILHADO INTERPROFISSIONAL**
- **A INTRODUÇÃO DE GRUPOS DE PARES**
- **O FORTALECIMENTO DO AUTOUIDADO APOIADO**

UMA REFLEXÃO FINAL

“OS SISTEMAS DE SAÚDE PREDOMINANTES EM TODO 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 ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS NÃO FUNCIONA”

FONTE: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Cuidado inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.