I Seminário Estadual de Atenção às Condições Crônicas
São Paulo, 30 de março de 2015

Os modelos de atenção às condições crônicas

Eugenio Vilaça Mendes

Escopo da apresentação

- **Alinhamento conceitual sobre as condições de saúde**
  As condições agudas
  As condições crônicas
- **Os modelos de atenção às condições crônicas**
  O modelo de atenção crônica
  O modelo da pirâmide de risco
  O modelo de atenção às condições crônicas

A tipologia clássica de classificação das doenças

- **Doenças transmissíveis**
- **Doenças crônicas não transmissíveis**

- **A lógica de recorte: a etiopatogenia**

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

Por que uma nova tipologia?

- **Porque a tipologia clássica tem sido eficaz em campos como o da epidemiologia, mas não dá conta de sustentar a organização dos sistemas de atenção à saúde**
- **Porque a tipologia clássica é fortemente ancorada em doenças**
- **A Organização Mundial da Saúde adverte: "Quando as doenças transmissíveis se tornam crônicas, essa definição entre transmissível e não transmissível se torna artificial e desnecessária. De fato, a distinção transmissível/não transmissível pode não ser tão útil quanto os termos agudo e crônico para descrever o espectro dos problemas de saúde"**

Fontes:
Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1: 2-4, 1998.
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

O conceito de condições de saúde

- **As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas**

- **A lógica de recorte: a forma de resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias**

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

Os tipos de condições de saúde

- **Condições agudas**
- **Condições crônicas**
  Condições crônicas agudizadas
  Condições crônicas não agudizadas
- **Eventos agudos**

Fontes:
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O conceito de condições agudas

As condições agudas são aquelas condições de saúde gerais e inespecíficas ou de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma reativa e episódica, mas integrada, e exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

As condições agudas

- **Doenças transmissíveis de curso curto como influenza e dengue**
- **Doenças inflamatórias e infecciosas como apendicite e amigdalite**
- **Os traumas**
- **As condições gerais e inespecíficas (febre, dor generalizada, debilidade, fadiga, dores torácicas, medo do tratamento e outras)**

Fontes:
Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011
Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012.

A resposta social às condições agudas

- **Reativa**
- **Episódica**
- **Integrada**

- **Do sistema de atenção**
- **Dos profissionais de saúde**
- **Das pessoas usuárias**

Fontes:
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003
Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O conceito de condições crônicas

São aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para sua estabilização e controle efetivo, eficiente e com qualidade

Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1: 2-4, 1998

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003

As condições crônicas

- **Os fatores de risco individuais biopsicológicos: colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, nível glicêmico alterado, sobrepeso ou obesidade**
- **As doenças crônicas: doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas**
- **As doenças transmissíveis de curso longo: hanseníase, hiv/aids, hepatites B e C**
- **As condições maternas e perinatais**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.
Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996
Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001
Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965
Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.
Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

As condições crônicas

- **A manutenção da saúde por ciclos de vida : puericultura, hebicultura e senicultura**
- **As enfermidades (*illnesses):* sintomas medicamente não explicáveis, sofrimento difuso, transtorno histerossomático, transtorno somatoforme, síndrome da não doença, poliqueixa**
- **Os distúrbios mentais de longo prazo**
- **As deficiências físicas e estruturais contínuas: amputações e deficiências motoras persistentes**
- **As doenças bucais**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

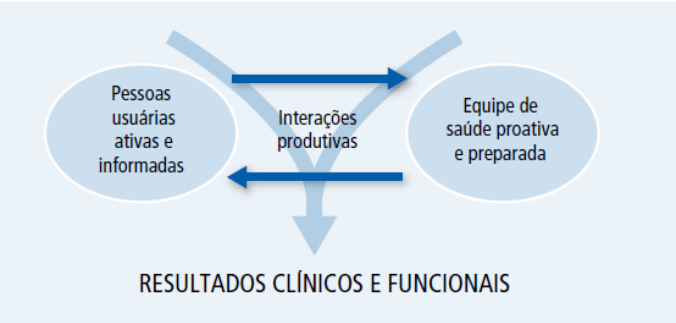
Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A resposta social às condições crônicas

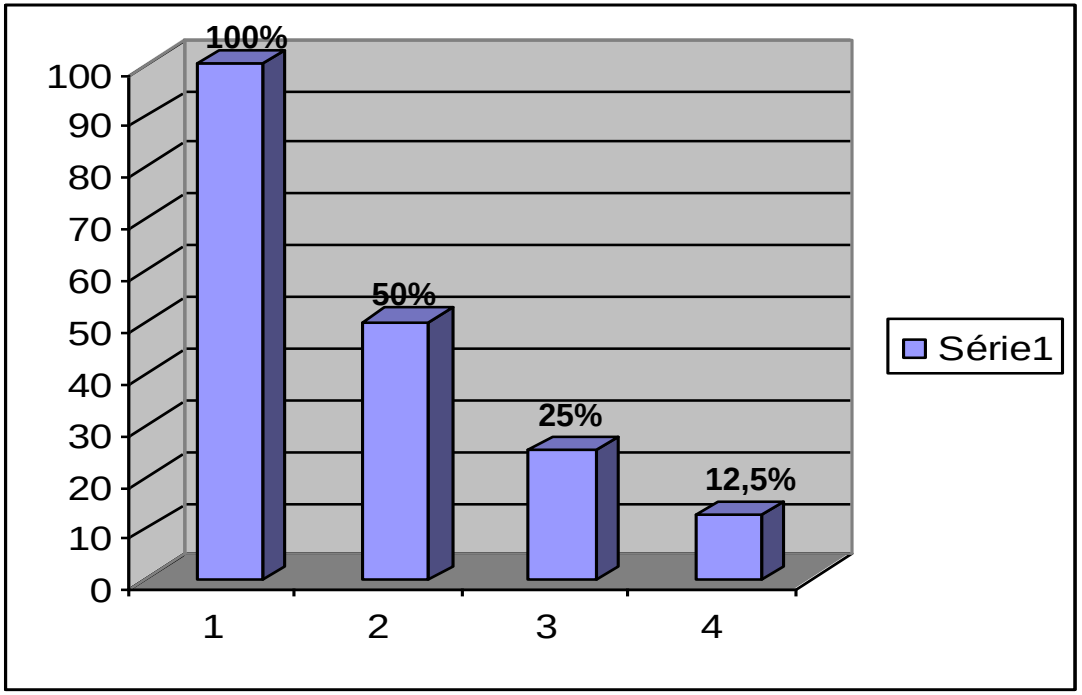
- **proativa**
- **contínua**
- **integrada**

- **do sistema de atenção**
- **dos profissionais de saúde**
- **das pessoas usuárias**



Fontes:
Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998
Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

O fracasso no enfrentamento às condições crônicas: a regra da metade



- **CASOS TOTAIS**
- **CASOS DIAGNOSTICADOS**
- **CASOS CONTROLADOS**
- **CASOS COM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO**

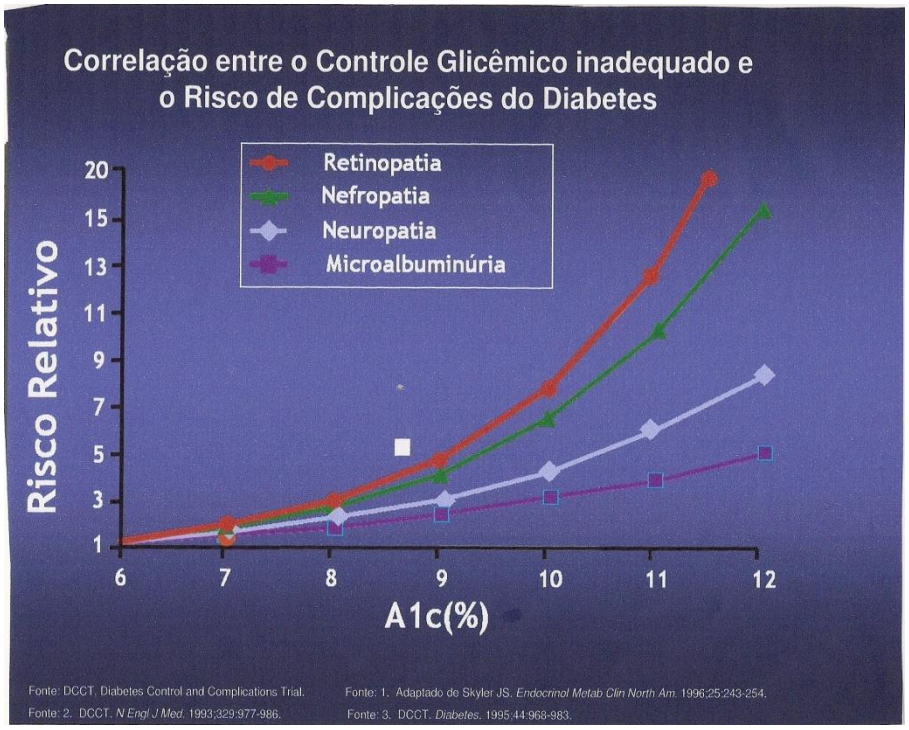
Fonte: Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. British Medical Journal. 42: 116-119, 1992.

Os pilares do manejo das condições crônicas

- **A estabilização das condições crônicas**
- **O autocuidado apoiado**

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A estabilização das condições crônicas

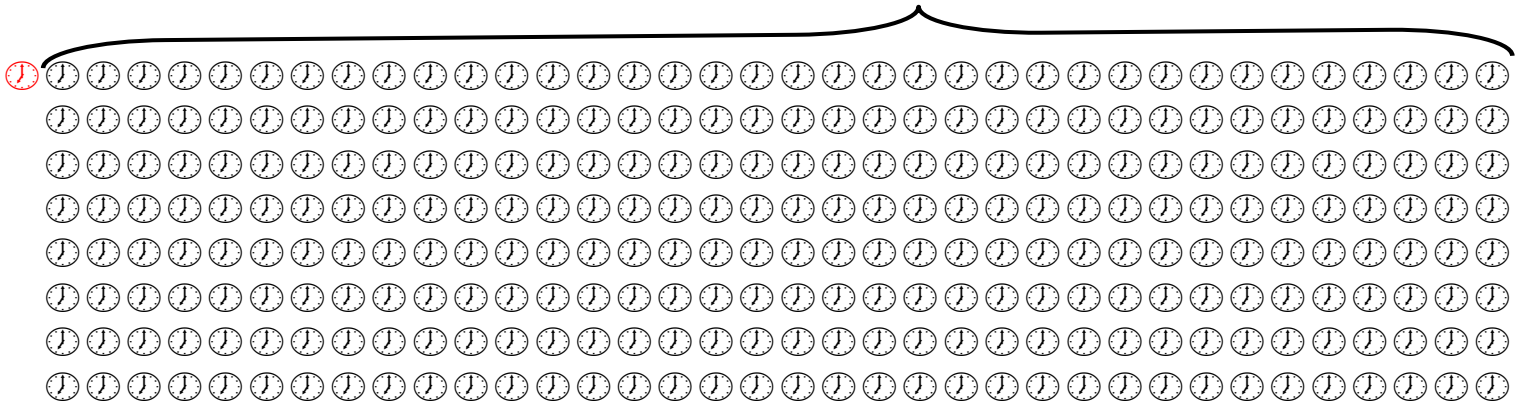


HbA1c (%)	custo médio (em us $)	aumento %
6	8.576	-
7	8.954	5%
8	9.555	11%
9	10.424	21%
10	11.629	36%

Fontes:
Skyler JS. Diabetes control and complications trial. Endocrinol. Metab. Clin. North Am., 25: 243-254,1996
Gilmer TP et al. The cost to health plans of poor glycemic control. Diabetes Care. 20: 1847-1853, 1997.

A importância do autocuidado apoiado

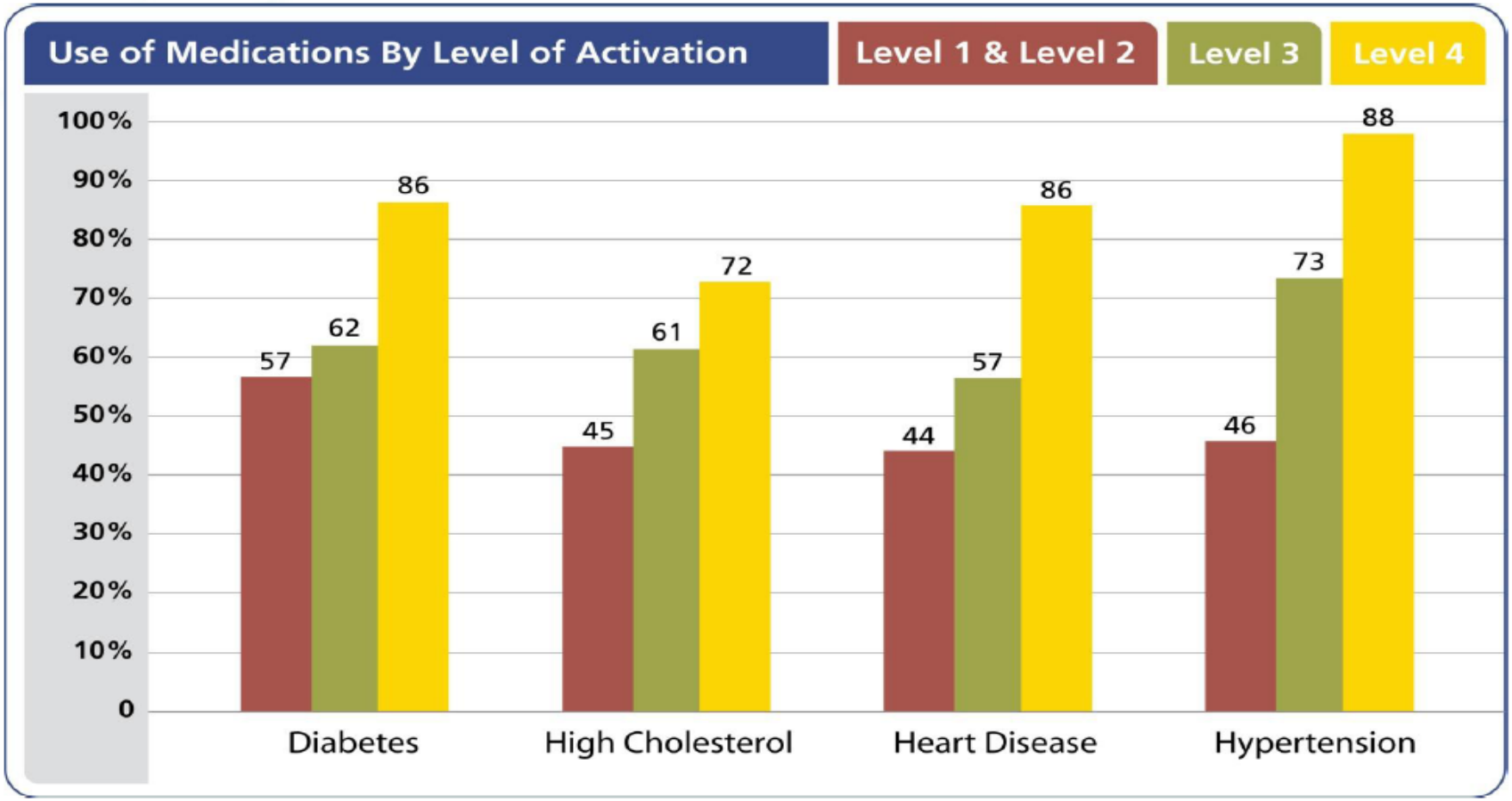
Os profissionais de saúde só interagem com portadores de doenças crônicas por poucas horas num ano...
o resto do ano estas pessoas cuidam de si mesmas...



Na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes recebe, em média, 3 horas de cuidados profissionais por ano, num total de 8.760 horas de um ano.

Fonte: Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham, Health Services Management Centre, 2006

Adesão a medicamentos por níveis de ativação das pessoas usuárias portadoras de condições crônicas



Fonte: Hibbard JH et al. Development of Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv. Res., 39: 1005-1026, 2004

Os modelos de atenção às condições crônicas

- **O modelo de atenção crônica (*chronic care model*)**
- **O modelo da pirâmide de risco**
- **O modelo de atenção às condições crônicas**

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O modelo de atenção crônica (*chronic care model*)

Fonte: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998 (Direito de uso de imagem concedido pelo American College of Physicians/Tradução de responsabilidade do apresentador)

As mudanças propostas pelo modelo da atenção crônica

- **Organização da atenção à saúde**

  A organização da atenção às condições crônicas é parte do plano estratégico da organização;

  Os líderes da organização dão suporte à implantação do modelo;

  Os processos de melhoria da atenção às condições crônicas estão integrados nos programas de qualidade da organização.

- **Desenho da atenção à saúde**

  Há uma clara divisão de papéis na equipe multidisciplinar em função dos estratos de risco das condições crônicas;

  Há oferta regular da atenção programada, individual e em grupo;

  Utilizam-se regularmente novas tecnologias de encontros clínicos não individuais

- **Suporte às decisões**

  Utilizam-se regularmente as diretrizes clínicas;

  A APS está integrada com os especialistas que dão suporte às suas ações;

  Há um sistema regular de educação permanente dos profissionais de saúde;

  Há uma oferta regular de educação em saúde para as pessoas usuárias.

Fonte: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998

As mudanças propostas pelo modelo da atenção crônica

- **Autocuidado apoiado**
- **Utilizam-se rotineiramente os instrumentos de autocuidado apoiado;**
- **Há um plano de autocuidado apoiado elaborado, em conjunto, pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, com metas pactuadas;**
- **O plano de autocuidado apoiado é monitorado regularmente.**
- **Sistema de inofrmação clínica**

  Há um prontuário clínico eletrônico capaz de gerar o registro das pessoas usuárias por condições de saúde e por estratos de risco;

  O prontuário clínico eletrônico é capaz de prover lembretes e alertas para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde e contém informações necessárias para elaborar e acompanhar o plano de cuidado;

  O prontuário clínico eletrônico é capaz de dar *feedbacks* para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias.
- **Recursos da comunidade**

  Há uma ligação estreita entre os serviços de saúde e as organizações da comunidade que possam prover serviços complementares;

  Há um Conselho Local de Saúde que faz o controle social efetivo das unidades de saúde, incluindo a elaboração e o monitoramento da programação.

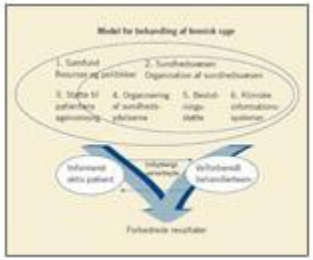
Fonte: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998

O modelo de atenção crônica no mundo

Modelo original Estados Unidos

Holanda

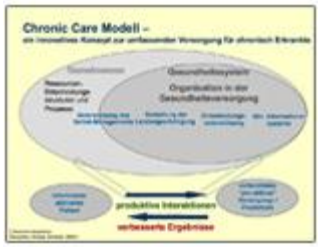
Dinamarca



Canadá British Columbia

Reino Unido

Alemanha



Rússia

Brasil

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

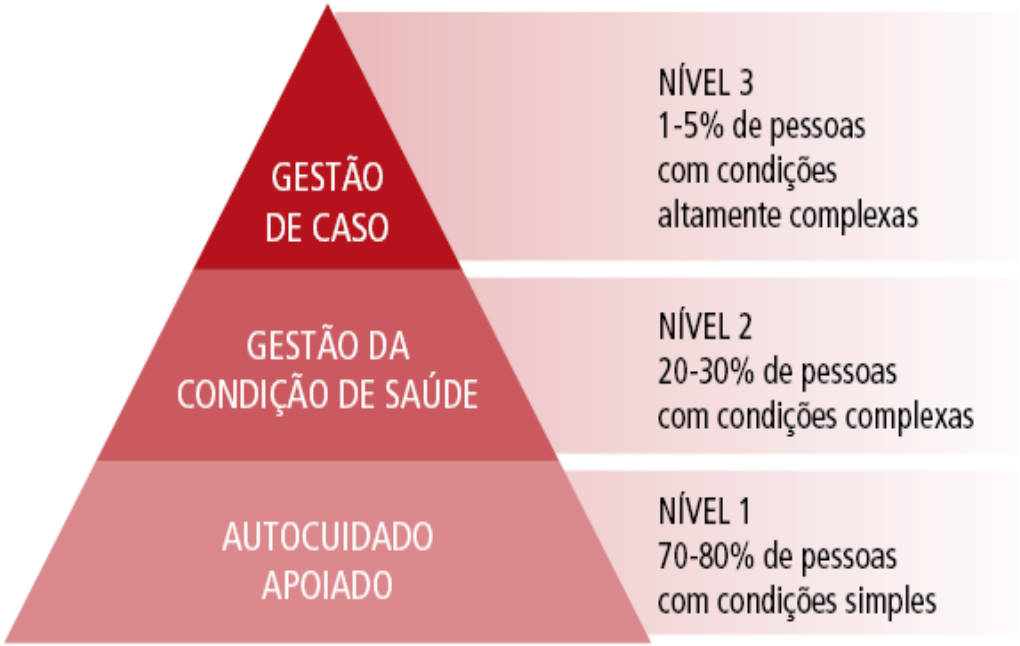
As evidências sobre o modelo da atenção crônica

- **Efeito sinérgico positivo quando os diferentes componentes do modelo são combinados**
- **Maior satisfação dos usuários**
- **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 condições crônicas como asma, depressão, diabetes e insuficiência cardíaca**

Fontes:
Rand Health. Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project. Disponível em: www.rand.org/health/projects
Wagner EH et al. Finding common ground: patient centeredness and evidence-based chronic illness care. J Altern Complement Med, 11: 7-15, 2005
Sing D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international framework. Birmingham, Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006

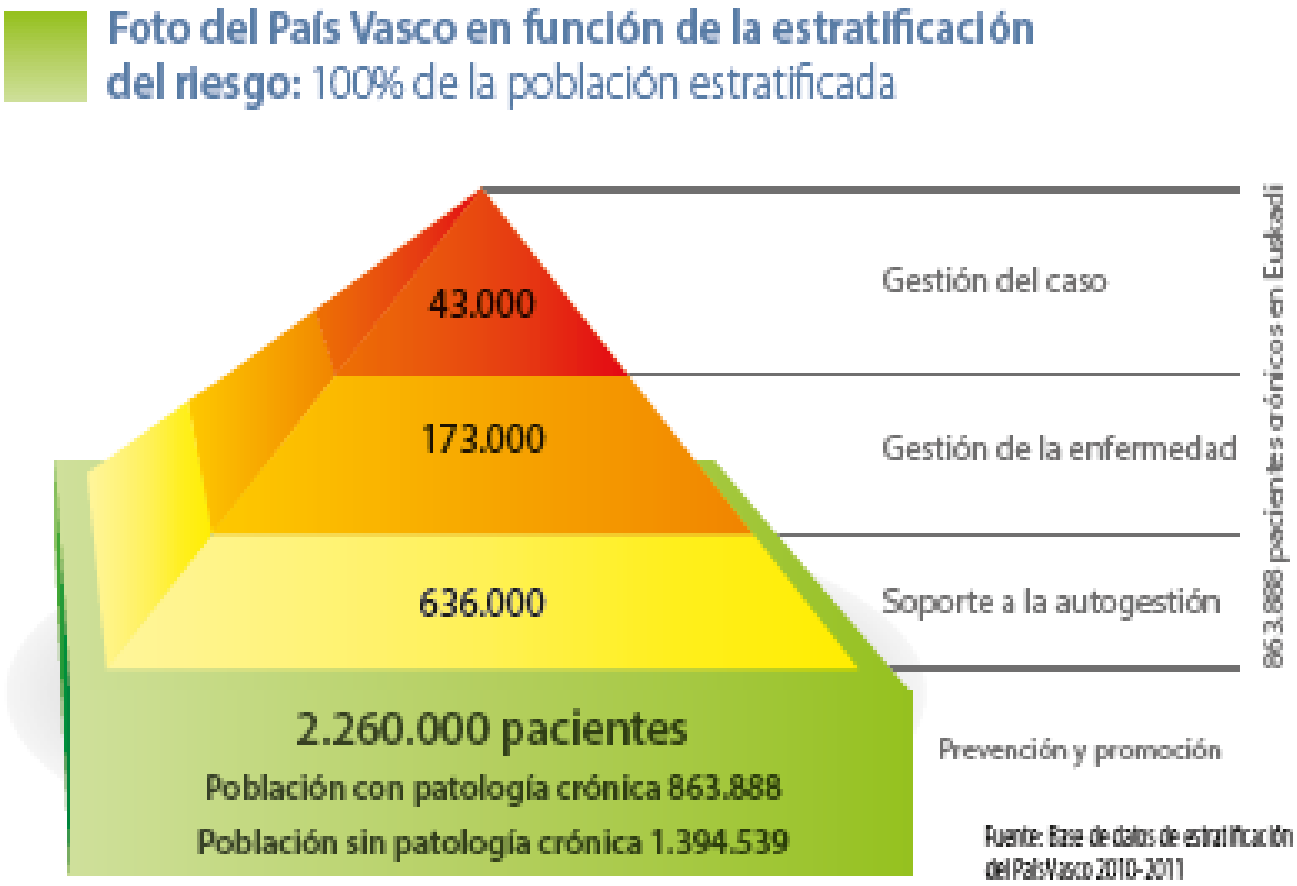
Nutting PA et al. Use of chronic care model elements is associated with higher quality care. Annals of Family Medicine, 5: 14-20, 2007
Ham C. Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn, Conference of Bonn, 2007
Harris M, Zwar NA. Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. Med. J Aust, 16: 104-107, 2007

O modelo da pirâmide de risco



Fontes:
Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005
Porter M. Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007

O modelo da pirâmide de risco no País Vasco, Espanha



Fonte: Bengoa R. O desafio da cronicidade: um exemplo de reforma de um sistema de saúde: o país Basco. In: CONASS Debate. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2014

As evidências sobre o modelo da pirâmide de risco

- **Melhora a qualidade de vida das pessoas usuárias**
- **Reduz as internações hospitalares**
- **Reduz as taxas de permanência nos hospitais**
- **Melhora a situação dos fatores de risco associados aos comportamentos e estilos de vida**

Fonte: Sing D, Ham C. Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international framework. Birmingham, Institute of Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006

Por que um modelo de atenção às condições crônicas 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 proximais: é um modelo expandido**
- **Porque as intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica**

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O modelo de base: o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

Um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS

SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA MUITO COMPLEXA

SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA COMPLEXA

SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA SIMPLES E/OU COM FATOR DE RISCO BIOPSICOLÓGICO

SUBPOPULAÇÃO COM FATORES DE RISCO LIGADOS AOS COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA

POPULAÇÃO TOTAL

NÍVEL 5: GESTÃO DE CASO

NÍVEL 4: GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

NÍVEL 3: GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

NÍVEL 2: INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

NÍVEL 1: INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

DETERMINANTES SOCIAIS INDIVIDUAIS COM CONDIÇÃO DE SAÚDE E/OU FATOR DE RISCO BIOPSICOLÓGICO ESTABELECIDO

RELAÇÃO AUTOCUIDADO/ATENÇÃO PROFISSIONAL

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROXIMAIS

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE INTERMEDIÁRIOS

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

O nível 1 do MACC: as intervenções de promoção da saúde

- O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde: emprego, renda, habitação, saneamento, ação social, educação, meio ambiente, segurança, violência, infra-estrutura e outras
- As intervenções são realizadas projetos intersetoriais

Fonte Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

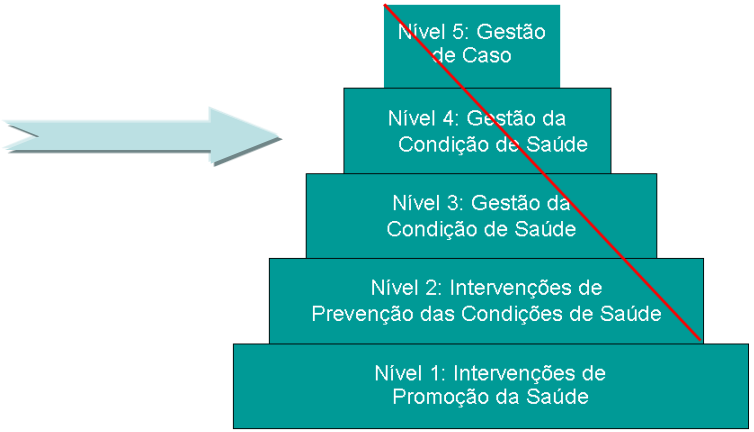
Nível 2 do MACC: as intervenções de prevenção das condições de saúde

O nível 2 do MACC incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida: dieta inadequada, à inatividade física, ao uso excessivo do álcool, o tabagismo e outros

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

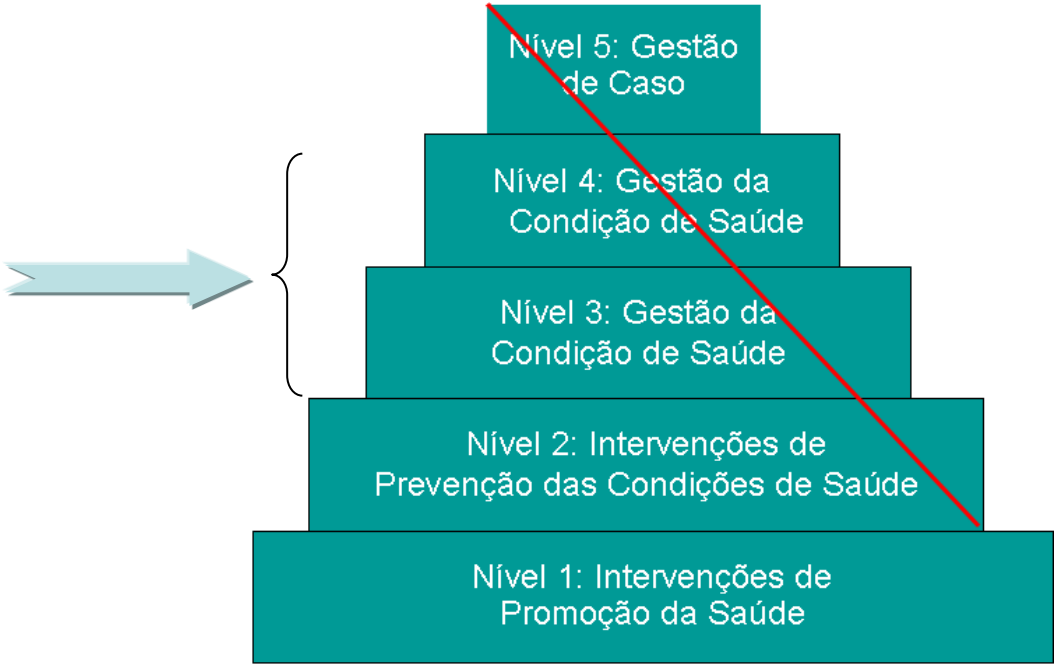
Os níveis 3,4 e 5 do MACC

Os níveis 3,4, e 5 do MACC incorporam as intervenções sobre fatores de riscos biopsicológicos individuais e sobre condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos



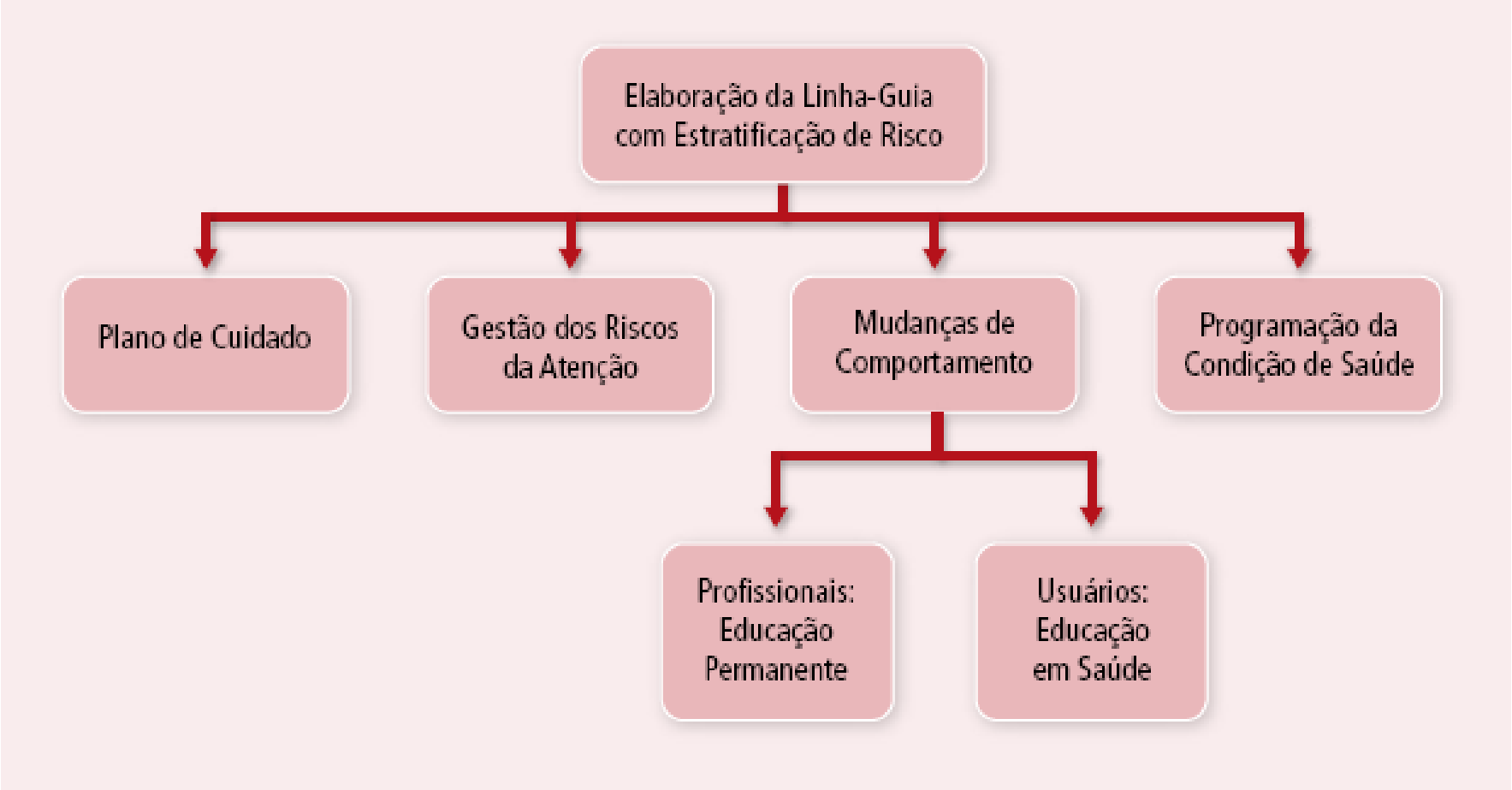
Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

As intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas de níveis 3 e 4: as tecnologias de gestão da condição de saúde



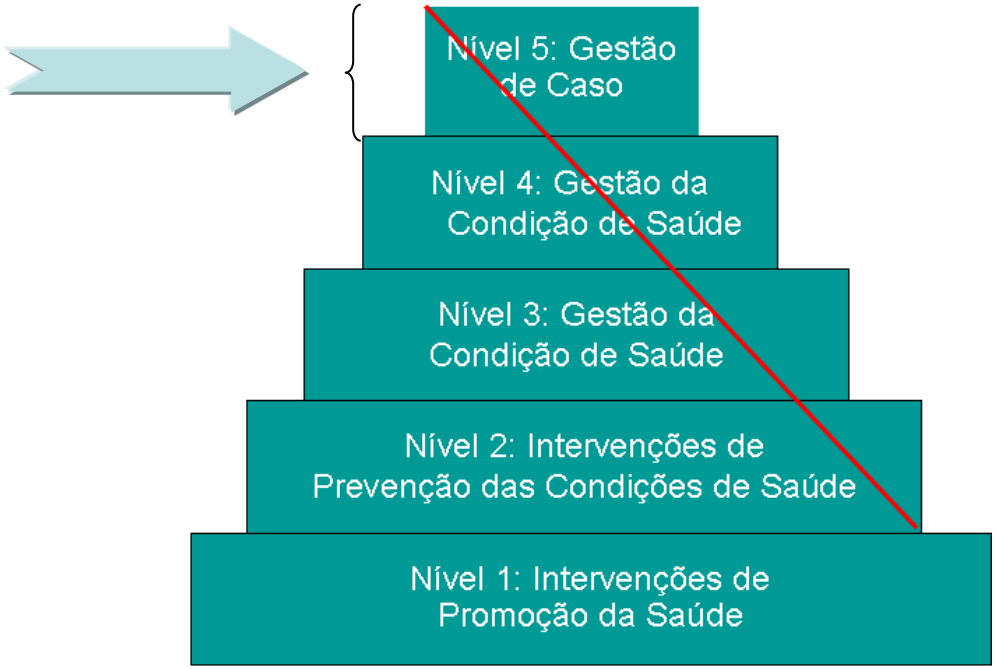
Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A gestão da condição de saúde



Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

As intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas de nível 5: a tecnologia de gestão de caso



Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

As novas tecnologias no MACC

- **A atenção contínua**
- **A atenção compartilhada a grupo**
- **O grupo de pares**
- **O autocuidado apoiado**
- **As novas relações entre especialistas e generalistas**

Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

A atenção contínua no município de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais

Fonte: Lopes PRR. O Centro Integrado Viva Vida e Hiperdia em Santo Antônio do Monte. Belo Horizonte, I Seminário Internacional sobre Atenção às Condições Crônicas, 2014

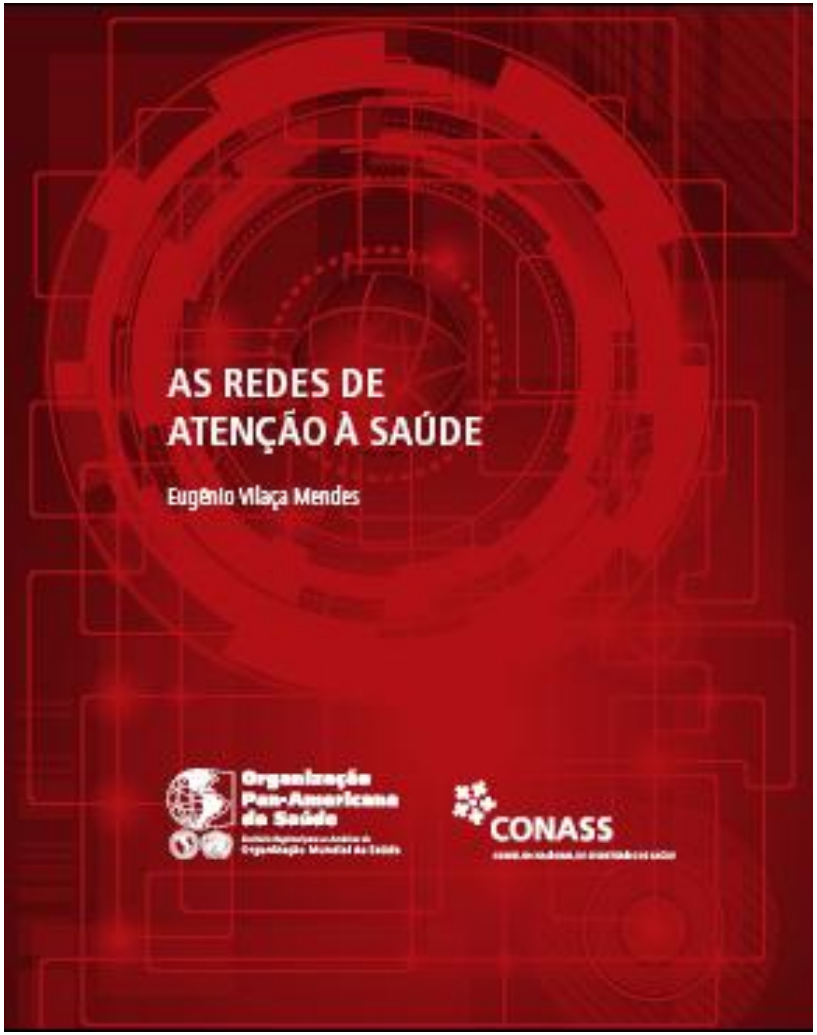
A atenção compartilhada em grupo

Fonte: Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, OPAS/CONASS, 2013.

O decálogo de Chris Ham para os sistemas de atenção à saúde de alta performance em condições crônicas

- **Cobertura universal**
- **Ausência de pagamento direto no ponto de atenção**
- **Foco na promoção da saúde e na prevenção das doenças**
- **Apoio às pessoas usuárias, cuidadores e famílias para o autocuidado**
- **Prioridade para a atenção primária à saúde**
- **Gestão de base populacional**
- **Coordenação e continuidade da atenção**
- **Suporte de tecnologia da informação**
- **Coordenação efetiva do cuidado**
- **Essas características devem ser integradas num todo coerente, ou seja, em redes de atenção à saúde**

Fonte: Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law, 5: 71-90, 2010



Disponível para download gratuito em:

www.apsredes.org

www.conass.org.br