

Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde

Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System

Eugênio Vilaça Mendes ¹

Entrevistado por: Carmen Cecilia de Campos Lavras

Abstract *The interview explains the analysis of Eugenio Vilaça Mendes regarding the importance of chronic conditions in the morbidity and mortality profile and its impact on the Unified Health System (SUS) in Brazil. It points out which measures should be prioritized, in the interviewee's view, for the improvement of the SUS in order to qualify the care offered to the patients of these conditions, and finally brings a set of considerations formulated by him regarding the organization of access to Primary Care the health.*

Key words Health Unic System, Health care, Chronic conditions, Public health

Resumo *A entrevista explicita a análise de Eugenio Vilaça Mendes a respeito da importância das condições crônicas no perfil de morbimortalidade e de seu impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Aponta quais medidas devem ser priorizadas, na visão do entrevistado, para o aperfeiçoamento do SUS, visando à qualificação do cuidado ofertado aos portadores dessas condições e, finalmente, traz um conjunto de considerações por ele formuladas, a respeito da organização do acesso à Atenção Primária à Saúde.*

Palavras-chave Sistema Único de Saúde, Atenção à saúde, Condições crônicas, Saúde pública

¹ Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento. Ed. Corporate Financial Center 7º, SCN. 70712-900 Brasília DF Brasil.
eugenio.bhv@terra.com.br

Gostaria que você comentasse a participação das chamadas “condições crônicas” no perfil de morbimortalidade da população brasileira, na atualidade.

É preciso entender o conceito de condições de saúde que é recente.

A tipologia clássica classifica as doenças em transmissíveis e em doenças crônicas não transmissíveis, tendo como critério a etiopatogenia. Essa tipologia funciona bem, especialmente no campo dos estudos epidemiológicos, porém ela não é suficiente para dar suporte à organização dos sistemas de atenção à saúde.

Por essa razão, surgiu, recentemente, a proposta de condições de saúde entendida como as circunstâncias que se apresentam de forma mais ou menos persistentes na saúde das pessoas e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Portanto, o critério dessa nova tipologia, não a da etiopatogenia, mas as formas como se organizam os sistemas de atenção à saúde para responder socialmente a essas condições. As condições de saúde são divididas em condições agudas e condições crônicas.

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de modo reativo e episódico, mas integrado, e exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde. São condições agudas as doenças transmissíveis de curso curto, como a influenza, as doenças inflamatórias e infecciosas, como apendicites e amigdalites, os traumas e as condições gerais e inespecíficas que se manifestam de forma aguda como febre, dor generalizada e dor torácica.

As 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 o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Condições crônicas, portanto, não são o mesmo que doenças crônicas não transmissíveis. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, contudo há outras condições crônicas como: os fatores de risco individuais biopsicológicos; as doenças transmissíveis de curso longo como HIV/AIDS, hanseníase e certas hepatites virais; as condições maternas e perinatais; a manutenção da saúde por ciclos de vida

como puericultura, hebicultura e senicultura; as enfermidades (*illnesses*), os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes.

Os estudos de carga de doenças demonstram que o Brasil vive uma situação de tripla carga de doenças em que se manifestam, coetaneamente, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, as causas externas e as doenças crônicas que já atingem 77% da carga total. Se considerar as outras condições crônicas pode-se estimar que em torno de 85% da carga de doenças em nosso País é de condições crônicas.

Qual é, a seu ver, o impacto dessa predominância de condições crônicas nos sistemas de saúde existentes no Brasil?

O impacto é enorme. A “epidemia” das condições crônicas é um fato recente e se deve à transição da saúde que ocorreu no Brasil, a partir da segunda metade do século passado. O primeiro elemento da transição da saúde é a transição das condições de saúde determinada por fatores contextuais dos sistemas de atenção à saúde. O segundo elemento é a transição do sistema de atenção à saúde determinada por fatores internos a este sistema.

A transição das condições de saúde se expressa em quatro dimensões complementares: a transição demográfica, que leva ao envelhecimento rápido da população; a transição nutricional, que amplia o número de pessoas com sobrepeso ou obesidade; a transição tecnológica, que se manifesta no paradoxo da incorporação de novas tecnologias efetivas que, em função de seu alto volume, supera a capacidade dos sistemas em aplicá-las de forma racional; e a transição epidemiológica, que conduz à tripla carga de doenças. Todas essas transições consolidam uma situação de predomínio relativo crescente das condições crônicas.

A transição da saúde, por sua rapidez e profundidade, não pôde ser acompanhada por uma transição consequente dos sistemas de atenção à saúde, em razão das dificuldades inerentes aos processos de mudanças desses sistemas.

Como consequência, uma situação de saúde do século XXI, com predominância relativa de condições crônicas, está sendo respondida socialmente por um modelo de atenção à saúde, desenvolvido na primeira metade do século XX, quando predominavam as condições agudas. Isso ocorreu em função de um descompasso temporal

dos fatores contingenciais que evoluem rapidamente (transições demográfica, nutricional, tecnológica e epidemiológica) e dos fatores internos (cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estilos de liderança, modelos de atenção e arranjos organizativos) que evoluem muito lentamente.

Essa é a crise central que se estabeleceu em todos os sistemas de atenção à saúde do mundo. No Brasil não foi diferente.

As condições agudas podem ser enfrentadas por respostas sociais reativas, episódicas; ao contrário, as condições crônicas convocam necessariamente respostas proativas, contínuas e integradas em redes. A transposição do modelo de atenção às condições agudas - que teve relativo sucesso no enfrentamento destas condições -, para o manejo das condições crônicas, constitui um enorme fracasso, tanto no SUS quanto no sistema privado de saúde suplementar.

Em realidade, esse fracasso é universal. Uma pesquisa realizada no Reino Unido evidenciou a lei da metade no manejo das condições crônicas: de cada 100 pessoas com doenças crônicas, somente metade delas têm diagnóstico; das que têm diagnóstico, somente metade está estabilizada (por exemplo, pessoas com diabetes com glicemia controlada); e das pessoas que têm diagnóstico, somente metade está inscrita em programas efetivos de promoção da saúde ou de prevenção de doenças. No SUS, em algumas regiões em que trabalho, essa lei é a regra do terço, e não da metade.

O SUS, na sua opinião, encontra-se preparado para o enfrentamento das necessidades de saúde daí advindas?

O SUS, e também o sistema privado de saúde suplementar, não estão preparados para o enfrentamento das condições crônicas. A razão é que ainda se desconhecem e, portanto, não se praticam em escala, os modelos de atenção à saúde que são efetivos na atenção a essas condições.

Os modelos de atenção às condições crônicas engendram respostas sociais proativas, contínuas e integradas em três dimensões: dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Esses modelos se assentam num tripé de sustentação: a estratificação dos riscos da população usuária, a estabilização das condições crônicas e o autocuidado apoiado. Não se opera com pessoas com hipertensão arterial, mas com pessoas de baixo, médio, alto e muito alto risco em relação a esta doença; o objetivo é estabilizar

a condição crônica para conter seu risco evolutivo; e as condições crônicas não são estabilizadas sem um componente proativo das pessoas que deixam de ser pacientes para transformarem-se em agentes da produção social de sua saúde, com o apoio de uma equipe de saúde e de sua rede de proteção social.

O modelo de atenção seminal foi desenvolvido originariamente nos Estados Unidos e foi denominado *Chronic Care Model*. Ele foi amplamente difundido e tem sido aplicado em quase todos os países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento. Esse modelo propõe mudanças concomitantes em seis elementos dos sistemas de atenção à saúde: a organização da atenção à saúde, o sistema de informação clínica, o desenho do sistema de prestação de serviços, o autocuidado apoiado e as relações com a comunidade. Sob a forma de um modelo expandido, foi utilizado em países que adotam sistemas públicos universais como Canadá e Reino Unido. Há centenas de artigos científicos que avaliam esse modelo e mostram que quando aplicado ele contribui para a melhoria dos resultados sanitários, para a diminuição de custos e para o aumento da satisfação das pessoas usuárias.

Outro modelo importante para o manejo adequado das condições crônicas é o modelo da pirâmide de risco que cria as bases operacionais para a estratificação dos riscos das pessoas portadoras de condições crônicas. Esse modelo, também, foi largamente avaliado, em diferentes países e apresenta resultados muito positivos.

A partir desses dois modelos, e agregando o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead, construí um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS. Esse modelo foi construído no pressuposto de que um sistema público universal deveria incorporar diferentes padrões de determinação social da saúde, operando em cinco níveis: o primeiro nível da promoção da saúde, com atuação intersetorial sobre os determinantes intermediários; o segundo nível da prevenção das condições crônicas de saúde, com atuação sobre os determinantes proximais ligados a comportamentos e estilos de vida; os terceiro e quarto níveis, com atuação sobre as condições crônicas estratificadas por riscos e manejadas por tecnologias de gestão das condições de saúde; e um quinto nível, com atuação sobre pessoas com condições crônicas de alta complexidade, por meio da tecnologia de gestão da clínica. Esse modelo tem sido utilizado no SUS com alguns resultados positivos, especialmente num modelo de operação em redes da

atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada.

Quais medidas são, a seu ver, necessárias e devem ser priorizadas para o aperfeiçoamento do SUS, visando à qualificação do cuidado ofertado aos portadores de condições crônicas? Peço que você comente sua visão a respeito da participação da APS nesse processo e as medidas necessárias visando sua qualificação.

O problema crítico do SUS reside na incoerência entre uma situação de saúde que combina transição demográfica e nutricional aceleradas 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 das condições crônicas. Os sistemas fragmentados apresentam várias características: organizam-se por componentes isolados e de forma hierárquica; orientam-se para a atenção aos eventos agudos; voltam-se para indivíduos; o sujeito é o paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde; as suas respostas são reativas e episódicas; e têm ênfase nas ações curativas e reabilitadoras e no cuidado do profissional médico. Esse sistema fragmentado vem falhando no enfrentamento das condições crônicas. Um estudo feito em centros clínicos de manejo do diabetes no Brasil mostrou que apenas 10% de pessoas com diabetes tipo 1 e 27% de pessoas com diabetes tipo 2 estavam estabilizadas.

A resposta a esse problema crítico do SUS está na estruturação de redes de atenção à saúde. Essas redes têm as seguintes características: organizam-se por um contínuo de atenção e de forma poliárquica; orientam-se para a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas; voltam-se para uma população adstrita; o sujeito é um agente de sua própria saúde em colaboração com os profissionais de saúde; as suas respostas são proativas e contínuas; oferta equilibradamente ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas; e têm ênfase no cuidado multiprofissional e interdisciplinar. Eu fiz uma revisão bibliográfica extensiva, com centenas de trabalhos publicados em muitos países, que mostrou evidências robustas que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados sanitários nas condições crônicas, diminuem as referências a especialistas e a hospitais, aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, produzem serviços mais custo/efetivos, e incrementam a satisfação das pessoas usuárias.

As redes de atenção à saúde compõem-se de três elementos essenciais: uma população, uma estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde para os eventos agudos e para as condições crônicas.

A população de uma rede de atenção à saúde não é a população do IBGE, mas a população organizada socialmente em famílias e cadastrada e vinculada a uma equipe de atenção primária à saúde. Essa população deve ser estratificada por riscos sociais e sanitários.

A estrutura operacional das redes é composta pela atenção primária à saúde, pelos pontos de atenção secundários e terciários ambulatoriais e hospitalares, pelos sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde), por sistemas logísticos (sistema de acesso regulado, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e pelo sistema de governança.

A atenção primária cumpre nas redes de atenção à saúde três funções essenciais: o estabelecimento e a manutenção da base populacional, a resolutividade e a coordenação. Além disso, ela deve se estruturar conforme os atributos de primeiro contacto, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.

Pesquisas realizadas no SUS mostraram que a atenção primária à saúde bem qualificada resolve de 90% até 95% dos problemas que chegam a este nível de atenção. Além disso, cabe à atenção primária à saúde ordenar, ao longo das redes, os fluxos de pessoas, produtos e informações, definindo quem deve ir à atenção especializada e à atenção hospitalar, com exceção dos eventos agudos.

Com base em minha experiência, posso afirmar que o mais complexo na organização das redes de atenção à saúde é qualificar a atenção primária para que ela cumpra suas funções e opere de acordo com seus atributos.

A partir de pesquisas sobre a demanda na atenção primária à saúde, eu identifiquei dez perfis de demanda e os agreguei em seis perfis de oferta: a atenção à demanda por eventos agudos; a atenção à demanda por condições crônicas não agudizadas e às pessoas hiperutilizadoras; a atenção à demanda por atenção preventiva; a atenção às demandas administrativas; a atenção à demanda por atenção domiciliar; e a atenção à demanda por autocuidado apoiado.

Para estruturar esses seis perfis de oferta desenvolvi uma metodologia que utiliza a metáfora da construção da “casa” da atenção primária à saúde.

de. Essa metodologia aplica-se de acordo com os modelos de melhoria, com foco no gerenciamento dos processos e por meio de atividades educacionais ativas, exercitadas por um sistema tutorial.

Essa proposta de construção social da atenção primária à saúde tem sido aplicada em diferentes regiões do nosso País, com resultados, em geral, satisfatórios.

Você, recentemente, publicou para o CONASS um documento a respeito do “acesso a APS”, peça que comente sua visão e os principais pontos abordados a respeito da organização do acesso na APS, contidos naquela publicação.

As evidências mostram que um dos melhores programas do SUS é a Estratégia da Saúde da Família. Essa estratégia teve uma expansão notável, o que contribuiu para a melhoria na equidade do acesso aos cuidados primários. Contudo, ainda permanecem pontos a serem aperfeiçoados nesse tema. As filas e os longos tempos de espera na atenção primária à saúde são problemas que precisam ser solucionados em grande escala.

Isso me levou a preparar para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) um documento sobre como organizar o acesso na atenção primária à saúde.

A experiência internacional indica que as principais barreiras à eliminação de tempos de espera são de ordem psicológica: o medo da mudança e a falta de confiança de que os recursos existentes podem ser suficientes para diminuir esses tempos. Nem sempre as filas derivam de desequilíbrios entre oferta e demanda, ainda que eles possam existir em determinadas circunstâncias. Há uma cultura de fila impregnada nos profissionais de saúde e na população que não é fácil de ser revertida.

Experimentos realizados em diferentes países mostraram que é possível superar a cultura das filas e organizar o acesso pronto à atenção primária à saúde. Todos eles partiram do fato de que a demanda aos cuidados primários é totalmente previsível e que, portanto, pode ser perfeitamente gerenciada.

O principal enfoque que tem sido utilizado é o do acesso avançado. Sua lógica é “faça todo trabalho de hoje, hoje”, utiliza conhecimentos provenientes da teoria das filas e do sistema Lean, tem agenda aberta todos os dias e supera o paradigma vigente: “se você estiver realmente doente, será atendido no mesmo dia; se não, pode esperar”. Não é um modelo de organização da atenção primária à saúde, mas somente do acesso. Esse en-

foque que começa a ser utilizado no SUS aumenta a oferta de atendimentos, mas tem limitações: ele incrementa a quantidade dos atendimentos, mas nem sempre o número de pessoas atendidas; nem sempre consegue atender toda a demanda no mesmo dia; é neutro ou tem pequeno impacto no absenteísmo, na longitudinalidade do cuidado e na satisfação das pessoas usuárias; os seus efeitos nos resultados clínicos não estão demonstrados; o foco estrito na redução do tempo de espera pode afetar a atenção centrada na pessoa e pode aumentar a iniquidade no acesso; e as avaliações disponíveis, em geral, são baseadas em evidências anedóticas, o que convoca a necessidade de novas pesquisas para sua avaliação.

Com base nessas avaliações, eu propus um sistema de organização do acesso à atenção primária à saúde, que utiliza os princípios do acesso avançado e alguns de seus elementos, combinando-o com três outros enfoques: o alisamento dos fluxos assistenciais, as alternativas tecnológicas ao atendimento presencial e o modelo da delegação com utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares.

O enfoque do alisamento dos fluxos assistenciais identifica e quantifica os vários tipos de variabilidade no fluxo de pessoas usuárias (demanda) e os recursos disponíveis para diferentes grupos de pessoas usuárias (oferta), com o objetivo de reduzir os tempos de espera. O enfoque das alternativas tecnológicas ao atendimento presencial procura introduzir dispositivos de atenção à distância como atendimento por telefone, atendimento por correio eletrônico, atendimento por videoconferência e atendimentos em chats. E o enfoque da delegação procura aumentar os profissionais da equipe de atenção primária à saúde, trabalhando de forma interdisciplinar, e ofertando novas formas de encontros clínicos além da atenção individual como atenção contínua, atenção compartilhada a grupos, grupos de pares, grupos operativos e outras.

Essa metodologia de organização do acesso à atenção primária à saúde, combinando os quatro enfoques complementares, tem sido aplicada no SUS, em vários municípios, e tem permitido, sem incremento dos recursos já existentes, eliminar as filas e construir uma agenda de atendimentos com hora marcada para as pessoas usuárias por meio de blocos de horas.

Os autores agradecem o Espaço da Escrita – Coordenadoria Geral da Universidade – UNICAMP – pelos serviços de linguagem fornecidos.

