

# Gestão de pacientes crônicos: panorama brasileiro

*Patient chronic management: Brazilian overview*

Márcia Ito<sup>1</sup>

## Palavras-chave:

Doença crônica, gestão em saúde, assistência centrada no paciente, planejamento em saúde, necessidade e demandas de serviços de saúde, economia e organizações de saúde

## Keywords:

Chronic disease, health management, patient-centered care, health planning, health services needs and demand, health care economics and organizations

## RESUMO

Com a diminuição da incidência das doenças infecciosas e o aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas despontam como um problema a ser superado neste novo milênio. Utilizar as formas que se conhecem de combate às doenças infecto-contagiosas para as doenças crônicas não apresenta os resultados desejados. As consequências surgem no aumento do custo da saúde e na qualidade de vida destes pacientes. Assim, o objetivo é analisar e entender o universo das doenças crônicas, apresentar o que se tem hoje e discutir o que pode ser feito.

## ABSTRACT

The decreased incidence of infectious diseases and increasing life expectancy, chronic diseases emerge as a problem to be overcome in this new millennium. Use the ways that are known to combat infectious diseases to chronic diseases do not show the desired results. Consequences arise in the rising cost of health care and quality of life of these patients. Thus, the objective is to analyze and understand the universe of chronic disease, presenting what we have today and discuss what can be done.

## Introdução

Até o século passado, as doenças infecciosas eram a principal preocupação das organizações mundiais em saúde. Com o intenso trabalho realizado pela saúde pública, foram obtidos bons resultados nessa área, o que permitiu o aumento da expectativa de vida da humanidade. A situação no Brasil não é diferente dos demais países; o intenso trabalho de imunizações que ocorreu nos anos de 1980-90 tornou possível diminuir a incidência de doenças infecciosas, tais como a difteria e o tétano. As doenças infecciosas não foram erradicadas por completo, considerando os recentes casos de dengue e catapora. Porém mesmo assim, a expectativa de vida que em 1940 era de 42,74 anos passou para 72,57 anos em 2007, com um crescimento de 70%. (IBGE, 2008; Hudson, 1997; WHO, 2005)

Enquanto as doenças infecciosas, desnutrição e outras causas tradicionais de morte já não são os maiores responsáveis pelos óbitos no mundo, o crescimento de mortes por doenças crônicas vem aumentando. Doenças cardiovasculares, diabetes e câncer são responsáveis por mortes em todas as regiões do globo com exceção do Sul da Ásia e da região do Saara na África. Esta mudança se deve principalmente às melhorias nas condições de vida e na educação, assim como a melhora nas condições nutricionais, sanitárias, práticas de saúde e cuidados médicos. Portanto, o aumento da esperança de vida da população teve por consequência o aumento da incidência de doenças crônicas. Desta forma pode-se afirmar que as doenças crônicas passam a ser um ponto de preocupação da saúde no século XXI. (Ito, 2006; Cohn, 2007)

Por outro lado o crescente aumento das doenças crônicas no Brasil demonstra uma transição que, se não comple-

Recebido em: 08/12/2010 – Aprovado para publicação em: 15/02/2011

1. Márcia Ito MD, PhD, Laboratório de Pesquisa em Ciência de Serviços Unidade de Pós-Graduação, Extensão e Pesquisa, Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza São Paulo, SP, Brasil

Declaração de conflito de interesses: este trabalho contou com apoio financeiro incondicional da Sanofi-Aventis

Endereço para contato: Márcia Ito. Rua dos Bandeirantes, 169 Bom Retiro, 01124-010 São Paulo, SP, Brasil. Fax: +55 11 3327-3104

email: marcia.ito@centropaulasouza.sp.gov.br

ta, encontra-se em franca ascensão. Assim, é necessário que o Brasil também pense em combater as doenças crônicas e não somente os focos de doenças infecciosas. (Hudson, 1997). Neste sentido, desde 2005 o Ministério da Saúde vem estudando como combater o crescimento das doenças crônicas no Brasil. (Cezário *et al.*, 2005; Castro, *et al.*, 2008)

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) (Abe-gunde and Stanciole, 2006) em 2005 aproximadamente trinta e cinco milhões de pessoas morreram de doenças crônicas no mundo, o que representa 60% de todas as mortes deste mesmo ano. No Brasil tem-se que no período de 2002 a 2004 (Castro *et al.*, 2008) as doenças crônicas foram a causa de 74% dos óbitos ocorridos no país.

A *Oxford Health Alliance Working Group* (Suhrcke *et al.* 2005) adverte que as doenças crônicas não são apenas um problema de saúde, mas também um problema econômico mundial. Elas têm impacto direto na economia dos países, seja com medicamentos de alto custo ou indiretamente com a redução da produtividade do trabalho. Com relação à produtividade do trabalho, a OMS (Abegund and Stanciole, 2006) estima uma perda de aproximadamente US\$9,3 bilhões para 2015 no Brasil, enquanto que na China, hoje, perde-se aproximadamente US\$18 bilhões. Além disso, em 2015 os sistemas de saúde em diversos países do mundo não serão mais sustentáveis. O governo da província mais populosa do Canadá, Ontário, irá gastar em 2011, metade do total do seu orçamento em assistência médica, sendo que em 2017 esta porcentagem subirá para 67%, atingindo 100% em 2026. Mais de um terço da população da China não tem condições financeiras para pagar por serviços médicos, apesar do sucesso das reformas econômicas e sociais implantadas pelo governo nos últimos 25 anos.

Devido a estes fatores, a meta da OMS é reduzir as mortes em decorrência de doenças crônicas em 2% ao ano nos próximos 10 anos, pretendendo salvar aproximadamente 36 milhões de vidas em todo o mundo. Para isso a OMS afirma que a tecnologia da informação e comunicação tem papéis-chaves no aumento da qualidade do sistema de saúde. Sistemas de informações adaptados às necessidades dos cuidados centrados nos pacientes são essenciais para a organização, a monitoração e os resultados de tratamentos (Adams *et al.*, 2005).

Assim, criar formas de conviver com as doenças crônicas nos próximos anos é uma preocupação mundial. De acordo com a OMS (WHO 2005), para que se tenha sucesso é preciso alterar os modelos que priorizam o combate às doenças agudas para aqueles que atendam as necessidades com relação às doenças crônicas. Nesse novo modelo, não basta pensar somente no tratamento, pois a cura nem sempre existe; é preciso saber conviver com a doença e o doente. Critérios sobre como aumentar a qualidade de vida destes pacientes e a sua monitoração são tão importantes quanto o diagnóstico e o tratamento. Isto tudo resulta na necessidade de gerir ade-

quadamente estes pacientes, para que obtenhamos sucesso no seu tratamento e no convívio com a doença. (Ito, 2006; Department of Health of England 2001; WHO 2005)

Nas demais partes deste artigo mostram-se os conceitos que envolvem as doenças crônicas e os fatores que influenciam diretamente na boa gestão destes pacientes. Além disso, as características para uma adequada gestão de crônicos são apresentadas, assim como o panorama da situação deste serviço no Brasil. Por fim uma discussão com os principais desafios a transpor são descritos.

## Doenças crônicas

A OMS define doenças crônicas como aquelas que possuem um ou mais fatores listados a seguir: (1) são doenças permanentes, (2) provocam incapacidade residual, (3) são causadas por alterações patológicas irreversíveis, (4) exigem treinamento adequado do paciente para reabilitação ou (5) exigem um longo período de supervisão, observação e cuidado. (WHO, 2003)

É por isso que no universo das doenças crônicas o importante é tratar e prevenir. Enquanto os sinais e sintomas das doenças agudas desaparecem num curto espaço de tempo, não precisando de um acompanhamento prolongado, os sinais e sintomas das crônicas perduram por anos. Portanto, pacientes crônicos necessitam de cuidados médicos, com ênfase na prevenção. Monitorar adequadamente esses pacientes pode prevenir o agravamento da doença e evitar ou retardar a ocorrência de complicações. Monitorar pacientes crônicos não é algo simples, já que cada doença possui suas características e, portanto, uma forma de intervenção. Além disso, muitos destes tratamentos se modificam ao longo do tempo, não somente com relação ao medicamento, mas também aos seus atributos, como dosagem, frequência e efeitos. De qualquer forma, em todos os casos é importante, ao longo do tempo, conhecer o estado do controle da doença (controlado, não controlado e crítico), assim como a sua tendência (piora, melhora). (Carson *et al.*, 1988; Johnson *et al.*, 2000; WHO 2009)

Porém, de nada adianta todo este esforço, caso o paciente não tenha consciência de que precisa se tratar. Diferente das doenças infecciosas, nas quais se depende muito de outros recursos para manter a saúde (saneamento básico, obter o medicamento e ter acesso a assistência médica), as doenças crônicas dependem do doente, pois é ele quem deve mudar seus hábitos. O paciente crônico depende dele mesmo para ter, no mínimo, uma boa qualidade de vida. É por isso que a adequada gestão destes pacientes é necessária e urgente. Sabe-se que é preciso conscientizá-los de seu estado clínico e fazer com que sigam corretamente o tratamento adequado. Tratar da doença não é entendido aqui como o único remédio; é preciso “olhar” e tratar o paciente, ou seja, fazer

a gestão de sua doença. Essa mudança de abordagem, principalmente com atendimento centrado no paciente, é foco de muita discussão e estudos. (WHO, 2005; Demchak, 2007)

## O problema de aderência ao tratamento

A preocupação com relação à falta de adesão ao tratamento não é recente, Hipócrates já a relata no século IV a.C., ao constatar que os doentes mentiam ao declarar que tomavam medicamentos (Silva, 2006). O conceito de adesão ao tratamento médico tem várias interpretações. Nos países desenvolvidos, por exemplo, a grande preocupação, extensivamente estudada, é a aderência ao uso do medicamento. Em países com uma população com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, onde muitas vezes o paciente tem dificuldade em adquirir o medicamento, a preocupação está em assegurar que os pacientes não abandonem o serviço e que tenham hábitos saudáveis, na medida do possível. A não aderência ao tratamento está relacionada a diversos fatores, tais como: não usar os medicamentos, não comparecer às consultas, não seguir a dieta recomendada, não mudar o estilo de vida, não seguir outras recomendações do tratamento ou não seguir práticas de saúde preventiva. Resumidamente, pode-se dizer que a aderência é o grau de coincidência entre o comportamento do paciente com o que lhe foi prescrito pelo médico ou outro profissional da equipe de saúde. (Ito, 2006; WHO, 2003)

Estudos comprovam que o problema da baixa adesão ao tratamento médico é tão grave que, somente nos Estados Unidos, a não aderência ao uso de medicamentos é a causa de aproximadamente 125.000 mortes anuais, além de ser responsável por 10% a 25% das internações em hospitais. Com relação aos custos, os dados se tornam alarmantes, pois os gastos associados a não aderência ao tratamento podem ser de mais de US\$ 300 bilhões ao ano. (Atreja *et al.*, 2005; DiMatteo, 2004a)

Nos países desenvolvidos, a aderência média às terapias de longo prazo para as doenças crônicas é de 50%. A baixa adesão ao tratamento, além de prejudicar o paciente, compromete os investimentos da área da saúde. Como dito anteriormente, no caso das doenças crônicas depende-se do paciente seguir o tratamento, para que o governo e a sociedade saibam no que investir, pois caso contrário não é possível saber se as medidas tomadas estão sendo eficazes ou não. (WHO, 2008)

No caso da doença crônica, é importante conscientizar o paciente da necessidade de adesão ao tratamento; caso contrário pode ocorrer, a longo ou curto prazo, o agravamento da doença e o surgimento precoce de complicações (Thier *et al.*, 2008; WHO, 2003). É como afirma o diretor executivo da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Raimundo Marques Nascimento Neto em entrevista ao jornal Folha de São Paulo

(Folha on line, 2005): “A comunidade médica e a população têm que ser conscientizadas sobre a importância não apenas de iniciar o tratamento, mas de atingir a meta proposta. Caso contrário, o benefício é mínimo.” É por isso que a OMS (WHO, 2005) indica que o tratamento a estas doenças deva ser centrado no paciente. Um relacionamento de parceria e colaboração deve ser estabelecido entre o paciente e o provedor de saúde.

Além de suas características individuais e psicossociais, as exigências no monitoramento do paciente crônico influenciam o ajustamento psicológico dos pacientes e também de seus familiares aos serviços de saúde, instituições educacionais ou de trabalho, e também aos cuidados diários do paciente. Nesse contexto, a rotina diária do paciente e de seus familiares sofre alterações para cumprir as exigências do tratamento como, por exemplo, deslocar-se até o consultório ou o laboratório para a monitoração do seu estado de saúde. Atender a todas essas exigências não é uma tarefa fácil para alguns pacientes e suas famílias. Estudos mostram a correlação entre o impacto das recomendações do tratamento na rotina de vida da família, o ajustamento psicológico do paciente e de seu cuidador e a adesão ao tratamento de doenças crônicas. (WHO, 2003)

Estudos demonstram, porém, que as características relacionadas com os medicamentos são apenas um dos fatores para a baixa adesão do paciente ao tratamento. O paciente é influenciado por outros fatores, tais como as barreiras econômicas, clínicas e culturais, ou ainda o apoio social e a efetiva comunicação entre o paciente e seu médico – fatores cruciais do relacionamento médico-paciente. Portanto, é necessário um planejamento criterioso de estratégias de intervenção que promovam a adesão do paciente e de sua família, principalmente nas situações que exigem cuidados diversos e contínuos. (DiMatteo, 2004b; WHO, 2003)

Como pode ser notado, as razões para a não adesão ao tratamento são muitas; a *Merck Research Laboratories* (2008) fez um resumo das principais causas: (1) crença, equivocada de que já recebeu tratamento suficiente, (2) descrédito de que o medicamento pode ajudar, (3) esquecimento de tomar o remédio, (4) indiferença ao estado de saúde, (5) incapacidade de realizar o indicado (p.ex., não conseguir engolir), (6) não compreensão ou interpretação errônea das instruções, (7) negação da enfermidade, (8) preocupação com as despesas, (9) reações adversas, nas quais às vezes o tratamento é considerado pior que a doença e (10) medo das consequências adversas ou do risco de tornar-se dependente ao medicamento.

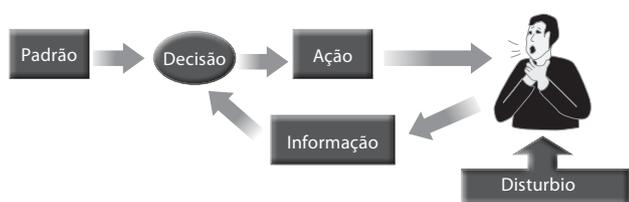
Tem-se então que a aderência ao tratamento às terapias de longo prazo é um processo dinâmico que necessita de monitoração constante. Neste caso, provedores de saúde treinados e com abordagem multidisciplinar são necessários e cruciais para a positiva adesão ao tratamento pelo pacien-

te. Sistemas de informações que auxiliem e apoiem estes profissionais devem ser desenvolvidos. Além disso, a comunidade e familiares, ao apoiar este paciente, são a chave para a promoção à adesão ao tratamento. (WHO, 2003)

## Gestão de crônicos: acompanhamento e monitoração

Tendo em vista que o paciente crônico precisa, após ser diagnosticado, se tratar por um longo período, fica evidente que é preciso ter meios para saber se o tratamento está sendo eficaz ou não. Além disso, é preciso ter certeza que o paciente esteja seguindo as recomendações médicas a ele dadas e tomar medidas caso não esteja. Analisar os riscos e mantê-lo informado sobre a sua evolução quanto à doença é tão importante quanto seguir o tratamento. Resumindo, é preciso acompanhar e monitorar este paciente, ou seja, fazer uma gestão de sua saúde.

Para que se possa fazer a adequada gestão de crônicos é necessário um entendimento adequado do processo de monitoração de pacientes crônicos. Cramp & Carson (1988), com essa finalidade, propuseram um modelo baseado em retroalimentação (*feedback*). Esse modelo é composto por quatro elementos que se relacionam entre si para monitorar adequadamente o paciente e que correspondem ao decisor, ao efetor, ao sistema controlado e ao sistema de informação. Uma adaptação ao modelo é sugerida por Ito (2006), e esquematizada na Figura 1: o médico (decisor), a partir de um padrão desejado, determina o tipo de tratamento que atua (efetor) no estado do paciente (sistema controlado), que gera uma nova informação que, por sua vez, alimenta o sistema de informação. Esse último produz novas informações e faz com que o médico tome novas decisões. O sistema todo pode ainda sofrer intervenções por distúrbios externos que alteram o estado do paciente e que alimenta o sistema de informação.



**Figura 1.** Esquema de monitoração de um paciente crônico.  
Fonte: (Ito, 2006)

Uma adequada monitoração de pacientes crônicos é efetiva quando aloca e utiliza os recursos de hospitais e de setores primários da saúde de uma maneira sinérgica e de modo a satisfazer as necessidades do doente. A integração

de vários profissionais de saúde na gestão da saúde de pacientes crônicos decorre, em parte, do reconhecimento de que é necessária uma alta qualidade nos cuidados à saúde desse paciente, cuidados que excedem o tempo disponível, as habilidades e os conhecimentos de qualquer profissional de saúde. É por isso que programas de gestão de doenças crônicas devem envolver médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e educadores, entre outros. (Rezende, 2008)

Constata-se, então, que a gestão da saúde de pacientes crônicos envolve uma grande quantidade de dados clínicos que precisam ser disponibilizados para um variado número de profissionais, por um longo período de tempo. A existência dessas informações à disposição do profissional da saúde proporciona um melhor acompanhamento da evolução dos pacientes e avaliação contínua do atendimento. (ITO, 1994; Hannah *et al.*, 2009)

De acordo com Conrad (Conrad, 1993) a integração médica com o objetivo de coordenar os serviços de cuidados ao paciente, independentemente de pessoas, funções, atividades, locais e tempo, envolve a coordenação de entradas (equipamentos, suprimentos, recursos humanos, informação e tecnologia) e saídas intermediárias (prevenção, diagnóstico e serviços de reabilitação) para aumentar a qualidade, reduzir custos e agregar valor aos serviços de cuidados ao paciente.

Os programas de cuidados aos pacientes crônicos ilustram a necessidade da integração médica, que é complexa e profunda. Os mecanismos que permitem esta integração médica com os programas de saúde são: equipes multidisciplinares, gerenciamento de casos clínicos, educação do paciente, programas de prevenção e integração dos cuidados primários e especialistas de saúde. (Beck, 2001)

A OMS (WHO, 2005), por sua vez, recomenda mudanças nas competências para o cuidado de pacientes crônicos. Essas mudanças não invalidam as competências atuais; na verdade, apresentam novas competências necessárias que complementam as já existentes. São elas:

- Organizar o cuidado ao redor do paciente. Esse conceito é designado atualmente como o atendimento centrado no paciente;
- Ser comunicativo e saber trabalhar em equipe; conseguir se comunicar e trabalhar em parceria, tanto com os pacientes quanto com os outros membros da equipe;
- Ser pró-ativo no sentido de sempre primar pela qualidade e segurança do atendimento;
- Assistir e monitorar os pacientes ao longo do tempo, utilizando e compartilhando informações através da tecnologia disponível;
- Considerar o atendimento ao paciente relacionado com o sistema de saúde.

Nota-se que o conceito de integração médica encontra-se de acordo com o recomendado pela OMS, principal-

mente com relação ao uso do conceito do atendimento centrado no paciente. Verifica-se então, neste milênio, a necessidade da criação de centros ou serviços que implementem a integração médica e que tenham as competências designadas pela OMS. Porém, de nada adianta a monitoração, se esses pacientes não tiverem consciência da necessidade do tratamento contínuo de sua doença. Portanto, outro fator importante é promover a aderência dos pacientes ao seu tratamento.

## Serviços de gestão de crônicos no Brasil

No Brasil, diferentemente de outros países como os Estados Unidos, a saúde sempre foi uma responsabilidade do Governo ("A Saúde é um dever do Estado"). É por isso que a gestão da saúde é uma iniciativa do governo e diretrizes para ações na área da saúde são esperadas e dificilmente têm-se iniciativas voluntárias por parte de órgãos privados. É assim que iniciativas isoladas com relação à saúde existem, porém ficam na espera de uma regulamentação governamental para de fato acontecerem. A explicação para este panorama é entendido principalmente quando se estuda a evolução do sistema de saúde no Brasil.

Inicialmente, o desenvolvimento da assistência médica em instituições previdenciárias ocorreu para amenizar as tensões sociais e controlar a força de trabalho. É assim que antes da criação do Ministério da Saúde em 1948, as questões sobre a saúde estiveram sob a responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócio Interiores (1897 a 1930) e depois do Ministério da Educação e Saúde (1930 a 1948). O modelo de assistência existente não atendia a todos os cidadãos e baseava-se nos vínculos trabalhistas.

Em 1966 o Estado se firma como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que uniformizou e centralizou a previdência social. Assim a responsabilidade do Ministério da Saúde era as ações de caráter coletivo, tais como os programas de vacinação, assim como a vigilância epidemiológica e sanitária, enquanto que a responsabilidade do INPS era a assistência médica individual. Ao concentrar a assistência médica em um órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, os únicos beneficiários continuaram sendo os trabalhadores formalmente reconhecidos. A política de saúde nesta época privilegiava a privatização dos serviços de saúde e o desenvolvimento de atividades hospitalares com o objetivo primário de manter a capacidade produtiva dos trabalhadores.

A universalização do atendimento tem seu início em 1974 com o surgimento do PPA (Plano de Pronta Ação), que permitiu o atendimento ambulatorial a toda a população nos casos de urgência. Para atender a demanda curativa da população criada pelo PPA surgiu o FAS (Fundo de Apoio ao Desenvol-

vimento Social), que financiava a construção de hospitais privados. Neste modelo, o FAS emprestava dinheiro com recursos públicos a juros subsidiados para a construção de hospitais privados. O retorno dos investimentos era garantido pelo credenciamento destes hospitais junto ao INPS. Esta e outras políticas públicas da década de 1970 (Paulus Jr. e Cordoni Jr., 2006) culminaram no modelo praticado até hoje no Brasil, um modelo médico-assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador.

Somente a partir de 1988 a Constituição Federal (Brasil, 1988) estabeleceu a saúde como um direito universal e de responsabilidade de todas as esferas do governo, ao contrário do passado em que era um dever somente da União e relativo ao trabalhador segurado. O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado e as leis 8.080/90 e 8.142/90 regulamentaram o novo modelo ao instalar uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. Finalmente, em 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 que garante o financiamento do SUS. Assim o sistema de saúde passa a ser descentralizado na esfera do governo, mas a política em saúde, mesmo em seus aspectos econômicos (p.ex., regulamentação do índice de aumento dos planos de saúde aos seus segurados), encontra-se centralizada no Estado.

Com este breve histórico pode-se notar que, a fim de que todas as medidas sejam realizadas, o Governo regulamentou o setor de saúde por meio de leis e normas, sendo este o motivo pelo qual a intervenção do Estado nas questões da saúde é intensa. Este tipo de intervenção é salutar, pois cria diretrizes nacionais e garante a sua realização por meio da regulação, com benefício de todas as camadas da população; no entanto, ao mesmo tempo inibe iniciativas privadas que poderiam resultar em benefícios no setor de saúde. Afinal as instituições não governamentais podem, ao gerar suas iniciativas, ir contra as diretrizes do Governo, sendo passíveis de sofrer posteriores revezes com as regulamentações.

A intervenção do Estado é tão grande no setor que na década de 1970, enquanto o mundo privilegiava as ações preventivas na saúde, o Brasil estimulava um modelo setorial na saúde centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de custosos hospitais. Ainda está "correndo atrás do prejuízo" e tenta hoje alcançar a meta de "Saúde para todos no ano 2000" que foi definida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela OMS. (Aleixo, 2002)

Assim é neste panorama que se pode dizer que o Brasil "acordou" para o problema das doenças crônicas em 2005, quando o Ministério da Saúde apresentou um relatório com o estudo da situação atual das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (Cezário *et al.*, 2005). Neste relatório, além de traçar um panorama da situação atual, apresentou medidas necessárias para combater a "epidemia" das doen-

ças crônicas. Apesar de a OMS chamar este momento de epidemia, ela deixa bem claro em seus relatórios de 2005 (WHO, 2005) e 2008 (WHO, 2008) que é preciso definir novos modelos para combater as doenças crônicas, pois os modelos existentes não obtêm o resultado desejado. Porém no estudo apresentado pelo Ministério da Saúde de 2005 (Cezário *et al.*, 2005) e as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (Castro *et al.*, 2008) não se percebem novos modelos para tratar a questão das doenças crônicas. Nestes relatórios não existem menção a gestão de crônicos e o modelo utilizado é o mesmo para a abordagem de doenças infecciosas. Ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde não aborda de outra forma o combate às doenças crônicas, ele reconhece que é preciso investir no setor e que pesquisas devem ser realizadas para uma melhor abordagem sobre o assunto.

O setor privado de saúde, sendo dependente das diretrizes do Estado até este momento, não tem feito muito no trato sobre as doenças crônicas. Assim, só recentemente surgiram serviços para a gestão de crônicos com ênfase no acompanhamento e monitoração dos pacientes visando o seu estado de saúde e a aderência ao tratamento. Até então, existiam programas isolados de relacionamento com o paciente, mas muito mais voltados ao objetivo de obter uma fidelização a marca, seja de medicamentos ou de empresas, do que propriamente um trabalho de gestão da saúde do paciente crônico.

Os modelos de gestão de crônicos em muitos serviços privados baseiam-se em distribuição de orientações em forma de panfletos, algumas visitas periódicas, grupos de apoio com reuniões periódicas e intervenções médicas somente em casos de urgência e emergência (Careplus, 2010; Medical, 2010; AxisMed, 2010). Alguns outros programas (Intermédica, 2010; Athon, 2010) possuem um atendimento por telefone, porém estes não acontecem de forma ativa. Neles, o paciente entra em contato com o programa quando achar necessário. Não se nota uma prevenção baseada em aumentar efetivamente a aderência deste paciente ao seu tratamento, com intervenções ativas feitas pela instituição promotora.

## Conclusão e discussão

No século XXI a preocupação no setor de saúde não coloca mais tanta ênfase sobre as doenças infecto-contagiosas. Modelos e formas de combate a essas doenças foram criados e desenvolvidos ao longo dos últimos 100 anos. Estas doenças são classificadas como agudas, pois não há muito a fazer: ou se trata e tem-se a cura ou a morte é certa. Não há meio termo, não existe o convívio com a doença e é por isso que ela é fator determinante para o aumento ou diminuição na esperança de vida de uma população. Após estudos intensos chegou-se à conclusão que uma boa prevenção e promoção de saúde são determinantes para estes casos, assim como a

vigilância constante para detectar novos focos de epidemia e contê-las antes que se espalhem. Tendo isto, um esforço intenso com estas metas foi feito e o trabalho foi tão bem executado que permitiu o aumento da expectativa de vida.

Com o aumento do tempo de vida da população, a incidência de doenças como hipertensão, diabetes mellitus e asma também aumentou e passou a ser um ponto de preocupação da saúde neste milênio. Essas doenças são diferentes das infecciosas porque o tratamento é prolongado, na maioria das vezes não resultando em cura, mas apenas uma convivência com elas; o objetivo aqui é a de proporcionar ao doente uma qualidade de vida próxima à normal. As doenças que se encaixam nestas características são ditas crônicas e fazem parte delas as doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, AIDS/HIV e obesidade.

As organizações mundiais de saúde então perceberam que estavam diante de um novo tipo de situação e que os modelos existentes não iriam obter os resultados desejados. Alertaram o mundo elaborando relatórios com projeções dos impactos econômicos e sociais ao longo dos anos, pois estas doenças são silenciosas e as suas complicações aparecem somente após anos de não cuidado da doença. Para chamar a atenção dos órgãos mundiais a OMS chama o momento de "Epidemia das Doenças Crônicas", apesar de não ser o mais adequado, mas admitindo que este termo é o que mais desperta a atenção de governantes e da população, justificando o uso da palavra "epidemia". Não é adequado falar em epidemia, pois as doenças crônicas são exclusivas do indivíduo, no qual fatores genéticos e estilo de vida são os elementos que determinam o aparecimento ou não da doença. Não há como combater focos da doença, nem transmissão horizontal, as formas de prevenção conhecidas não têm significado e não há como fazer vigilância de focos da doença. A concentração de pessoas não é o fator que irá determinar a disseminação da doença. É preciso conscientizar a população sobre os efeitos dessas doenças e que a promoção e prevenção são de responsabilidade de cada um e não só do governo e de instituições promotoras de saúde.

Como o panorama mudou, é necessário repensar os modelos até então utilizadas para o combate às doenças. Em paralelo com o combate às doenças infecto-contagiosas – pois ainda não se está totalmente livre delas – é necessário melhorar a forma de combate às doenças crônicas. Uma abordagem na aderência ao tratamento e a gestão da doença desses pacientes são necessárias, pois é preciso conscientizá-los de seu estado clínico e fazer com que sigam corretamente o tratamento adequado. O tratamento não é uma vacina ou medicamentos, é preciso gerir e cuidar do paciente. Essa mudança de abordagem, com atendimento centrado no paciente, é hoje entendido como parte da solução dos problemas das doenças crônicas.

O modelo tradicional de acompanhamento do paciente crônico, através de consultas em clínicas, ambulatórios e pos-

tos de saúde, pode ainda ser melhorado para atender com mais efetividade a comunidade à qual se destina. Por outro lado, os serviços médicos utilizam cada vez mais procedimentos de alto custo e, com isso, encarecem os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. No modelo tradicional não se pode responsabilizar somente o profissional da saúde por uma eventual indisponibilidade de tempo, dada a sua grande carga de atendimento a pacientes. Tais profissionais têm uma carga alta de trabalho, ficando com tempo limitado para oferecer um acompanhamento mais amplo e de maior qualidade para os seus pacientes. Uma consequência direta destes fatores é a baixa aderência dos pacientes, principalmente os crônicos, com relação ao acompanhamento e aos diversos aspectos do tratamento de sua doença. O acompanhamento e o monitoramento desses pacientes se fazem necessários para que eles possam ter uma sobrevida maior, pois minimizam ou retardam o desenvolvimento das complicações decorrentes da doença. Muitas vezes o tratamento exige mudança na rotina diária do paciente e de todos à sua volta para garantir o cuidado com a sua saúde e a melhora na qualidade de vida. Portanto, uma preocupação constante é encontrar estratégias de intervenção para o controle da doença que se adaptem melhor ao paciente, considerando sua integralidade e suas peculiaridades individuais e visando a uma melhor qualidade de vida, principalmente daqueles com problemas sócio-econômicos.

O objetivo, aqui, não é diminuir a qualidade dos serviços médicos para reduzir os custos; uma solução, então, é aumentar a eficiência. Isto nos leva a maximizar a demanda da utilização racional de recursos e de médicos e minimizar as despesas em clínicas e hospitais. Ao utilizar, de forma equilibrada, os recursos diagnósticos e terapêuticos, aumenta-se a eficiência, a qualidade e diminuem-se os custos no sistema de saúde.

E o Brasil, assim como o restante do globo, também precisa encontrar novos modelos e formas de atacar o problema dos crônicos. Os números são assustadores e a tendência é de crescimento em todo o mundo. É por isso que o Ministério da Saúde já elaborou dois documentos que apresentam o panorama desta doença no país e as necessidades para o combate a ela (Cezário *et al.*, 2005; Castro *et al.*, 2008). Instituições do setor privado brasileiro reconhecem que algo precisa ser feito e, assim, aparecem serviços e modelos para solucionar o problema, ainda em formas isoladas e modestas, porém é fato que há muito a fazer tanto no mercado quanto na academia, com pesquisas que possam auxiliar a todos com formas para lidar com as doenças crônicas.

## Referências bibliográficas

- Abegunde, D.; Stanciole, A. [Working Paper] "An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries". World Health Organization: WHO Press. 2006.
- Aleixo, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. *Revista Mineira de Saúde Pública*. 2002;1(1):19-25.
- Athon [site da Internet]. Rio de Janeiro: Qualicorp- Soluções em Saúde; Copyright 2009. Disponível em: <http://www.athongroup.com.br/> Acessado: 23/11/2010.
- Atreja, A.; Bellam, N.; Levy, S. R. Strategies to enhance patient adherence: making it simple. *Medscape General Medicine* [revista eletrônica]. 2005 [postado em 15/03/2005]; 7(1):[Aproximadamente 4 p.] Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/498339> . Acessado: 23/11/2010.
- AxisMed [site da Internet]. São Paulo: AxisMed Gestão Preventiva da Saúde; Copyright 2001. Disponível em: <http://www.axismed.com.br/> Acessado: 23/11/2010.
- Beck, A., Roblin, D., Selby, J., Iisu, J. [Technical Report] *Clinical Integration at the service delivery level*. California: Kaiser Permanet Georgia Research Department. 2001.
- Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988. apud (Paulus Jr. e Cordoni Jr., 2006)
- Careplus [site da Internet]. (s.l.): Careplus. Disponível em: <http://www.careplus.com.br> Acessado: 23/11/2010
- Carson, E. R.; Cramp, D. G.; Morgan, A.; Roudsari, A. B. Clinical decision support, systems methodology, and telemedicine: their role in the management of chronic disease. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 1998;2(2):80-88.
- Castro, A. M., Simoni, C. L., Gonçalves, C. C. M., Gosch, C. S., Malta, D. C., Sardinha, L. M. V. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
- Cezário, A. C., Malta, D. C., Moura, L., Morais Neto, O. L., Silva Jr., J. B. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro: situação e desafios atuais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde, 2005.
- Cohn, V. The Growing Global Chronic Disease Epidemic. Population Reference Bureau [site na Internet] 2007 Disponível em: <http://www.prb.org/Articles/2007/GrowingGlobalChronicDiseaseEpidemic.aspx> Acessado: 17/11/2010
- Conrad, D. A. "Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration" *Hospital & Health Service Administration*. 1993;38(4):491-508.
- Demchak, C. [Issue Brief] Choice in medical care: when should the consumer decide? Robert Woo Johnson Foundation. Oct. 2007. 3 p. Disponível em: <http://www.academyhealth.org/issues/ConsumerDecide.pdf> Acessado: 27/10/2009
- Department of Health of England. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London: Department of Health, 2001. Disponível em: <http://www.ohn.gov.uk/ohn/people/expert>. Acessado: 20/07/2005.
- DiMatteo, M. R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 2004;42(3):200-209.
- DiMatteo, M. R. Evidence-based strategies to foster adherence and improve patient outcomes. *Journal of the American Academy Physician Assistants*. 2004;17(11):18-21.
- Folha on line. Pesquisa aponta que 48,1% dos hipertensos não seguem o tratamento. Folha on line [jornal eletrônico], postado em 26/04/2005.

- Hannah, K. J., Ball, M. J., Edwards, M. J. A. *Introdução à Informática em Enfermagem*. São Paulo: Editora Artmed. 2009.
- Hudson, R. A. *Brazil: A Country Study*. Capítulo: "Infectious and Chronic Diseases". Washington: GPO for the Library of Congress. 1997.
- IBGE. "Em 2007, no Brasil, a esperança de vida ao nascer era de 72,57 anos". [notícia eletrônica], postado em 2008 Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1275&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1)
- Adams, J., Monunib, E., Pai, A., Stuart, N., Thomas, R., Tomaszewicz, P. *Healthcare 2015: Win-win or Lose-lose?*. New York: IBM Global Service. 2005.
- Intermédica [site na Internet]. Apoio ao Paciente com Doenças Crônicas (PAP). Grupo Notredame Intermédica. Disponível em: <http://www.qualivida.intermedica.com.br/> Acessado: 23/11/2010
- Ito, M. Um modelo de gestão de paciente crônico baseado nos conceitos de relacionamento com o cliente. Tese (Doutorado). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.
- Ito, M.; Ramos, S, M. P.; Russo, E. K.; Adib, S. A.; Iochida, L. C.; Franco, L. J.; Anção, M. S.; Sigulem, D. Use of computerized forms in diabetes mellitus clinic. *World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering*. Rio de Janeiro, 1994. *Proceedings*.(s. l.), p. 550.
- Johnson P.D.; Tu S.; Booth N.; Sugden B.; Purves I. N. Using scenarios in chronic disease management guidelines for primary care. In: *AMIA SYMP 2000*. 2000. *Proceeding*. p. 389-93.
- Medical [site da Internet]. *Medical Saúde Planejada*. Disponível em: <http://www.medical.com.br/> Acessado: 23/11/2010
- Paulus Jr., A., Cordon Jr., L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*. 2006;8(1):13-19.
- Rezende, W. W. As Doenças Crônicas, o gerenciamento de doenças e a saturação dos serviços de emergência. In: Amorin, M. C. S., Perillo, E. B. F. eds. *Para Entender a saúde no Brasil 2*. São Paulo: LCTE Editora; 2008. p.169-178.
- Silva, I. L. *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto, 2006
- Suhrcke, M.; Stuckler, D.; Leeder, S. Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention. London, Oxford Health Alliance, 2005. Disponível em: [http://www.oxha.org/knowledge/publicatons/05-meeting-documentation/economics\\_of\\_chronic\\_disease\\_26oct.pdf/view](http://www.oxha.org/knowledge/publicatons/05-meeting-documentation/economics_of_chronic_disease_26oct.pdf/view) Acessado: 20/12/2005
- Thier, S. L., Yu-Isenberg, K. S., Leas, B. F., Cantrell, C. R., DeBussey, S., Goldfarb, N. I., Nash, D. B. Chronic Disease, Nationwide Data Show Poor Adherence by Patients to Medication and by Physicians to Guidelines. *Managed Care*, Feb. 2008:48-57.
- World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization: WHO Press. 2003.
- World Health Organization (WHO). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. World Health Organization: WHO Press. 2005.
- World Health Organization (WHO). *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva:WHO Press, 2008.