



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Disciplina: RCG3038 - Terapia Ocupacional Aplicada às Condições do Adulto I

CONDIÇÕES CRÔNICAS

Docente responsável: Prof^a Dr^a Marysia M. R. Prado De Carlo

Colaboração: Sabrina de Freitas Souza (aluna PAE)

Estudo de Caso

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial, Brasília, 2003.

Nome	Jonas Justo Kassa
Idade	65
País	República Unida da Tanzânia
Diagnóstico	Diabetes



Como professor de matemática, Jonas trabalhava a terra em sua propriedade depois das aulas, e lembra de sentir-se muito cansado e precisar urinar constantemente. “Eu apenas achava que estava trabalhando demais. É uma pena que não tenha percebido a verdade”, conta ele com arrependimento, 13 anos depois. Apesar desses sintomas, Jonas esperou por muitos anos até procurar orientação médica.

“Primeiro eu fui ao tradicional curandeiro, mas depois de meses seguindo o tratamento à base de ervas que ele prescreveu eu ainda não estava me sentindo melhor”, ele relembra. “Então um amigo me levou ao hospital – um percurso de carro de 90 minutos daqui. Fui diagnosticado com diabetes em 1997”...

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial, Brasília, 2003.

Os anos seguintes foram um grande alívio, na medida em que Jonas se submeteu a um tratamento médico para estabilizar seus níveis de glicose no sangue. Ele também mudou a sua dieta e parou de beber, de acordo com a recomendação de seu médico. Mas Jonas não conseguiu manter esse novo estilo de vida, mais saudável, durante muito tempo, e isso repercutiu em sua saúde. “As minhas pernas começaram a doer em 2001. Eu não tinha como medir a minha taxa de açúcar no sangue, e nas encostas remotas do Kilimanjaro, é difícil encontrar um médico”, ele explica. A dor piorou muito, e complicações que poderiam ter sido evitadas infelizmente apareceram. Jonas teve suas pernas direita e esquerda amputadas em 2003 e 2004.

“Eu agora me sinto condenado e solitário. Os meus amigos me abandonaram. Sou inútil para eles e para a minha família”, disse ele com resignação antes de morrer, em sua casa, no dia 21 de maio de 2005. Jonas tinha 65 anos de idade.



DISCUSSÃO

Quais as possíveis atuações da Terapia Ocupacional frente à esse caso?

Que medidas de prevenção Jonas podia ter tomado?

Jonas podia ter evitado a amputação de suas pernas?

Os países estão preparados para enfrentar as condições crônicas como o caso de Jonas?



O que são condições crônicas?

- Condições ocasionadas por várias doenças e que permeiam por toda a vida;
- Está geralmente relacionado ao processo de envelhecimento da população;
- Tem grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados;
- Causam morte prematura e limitações nas atividades;
- Gera grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

(Fegadolli et al, 2010)

Doenças crônicas

- Causas múltiplas;
- Início gradual;
- Prognóstico incerto;
- Longa ou indefinida duração;
- Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo;
- Períodos de agudização, podendo gerar incapacidades;
- Requerem intervenções como mudanças de estilo de vida.

Doenças Crônicas Transmissíveis (DCNT)

- Aids,
- Tuberculose,
- Malária,
dentre outras.



Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCT)

Doenças de coração, AVE, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

Deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez,

Doenças orais e desordens genéticas, dentre outras.

Doenças crônicas

As Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT):

- são as principais causas de mortes no mundo
- têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

Apesar do rápido crescimento das DCNT, seu impacto pode ser revertido:

- por meio de intervenções amplas e custo efetivas de promoção de saúde para redução de seus fatores de risco,
- melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Depart. de Atenção Básica. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2012, 34 p.

Dados mundiais

São a **maior** causa de mortalidade em quase todos os países;

Das **57 milhões** de mortes no mundo em 2008, **36 milhões**, ou 63%, foram em razão das **DCNT**, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (ALWAN et al, 2010 apud BRASIL,2011).

Cerca de **80%** das mortes por DCNT ocorrem em **países de baixa ou média renda**, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos.

Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011 apud BRASIL,2011).



A epidemia de DCNT afeta mais as pessoas de **baixa renda**, por estarem mais expostas aos **fatores de risco** e por terem **menor acesso aos serviços de saúde**. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a **maior estado de pobreza**.

(WHO, 2011 apud BRASIL, 2011)

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO SUS

- Determinantes sociais:

- Diferenças no acesso aos bens e aos serviços;
- Baixa escolaridade;
- Desigualdades no acesso à informação;
- Determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças.

(SCHMIDT et al., 2011)

- Impacto econômico:

- Gastos por meio do SUS;
- Envelhecimento da população: em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e cerca de 85%, apresentará pelo **menos uma doença**;
- Sendo a **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** a mais prevalente.

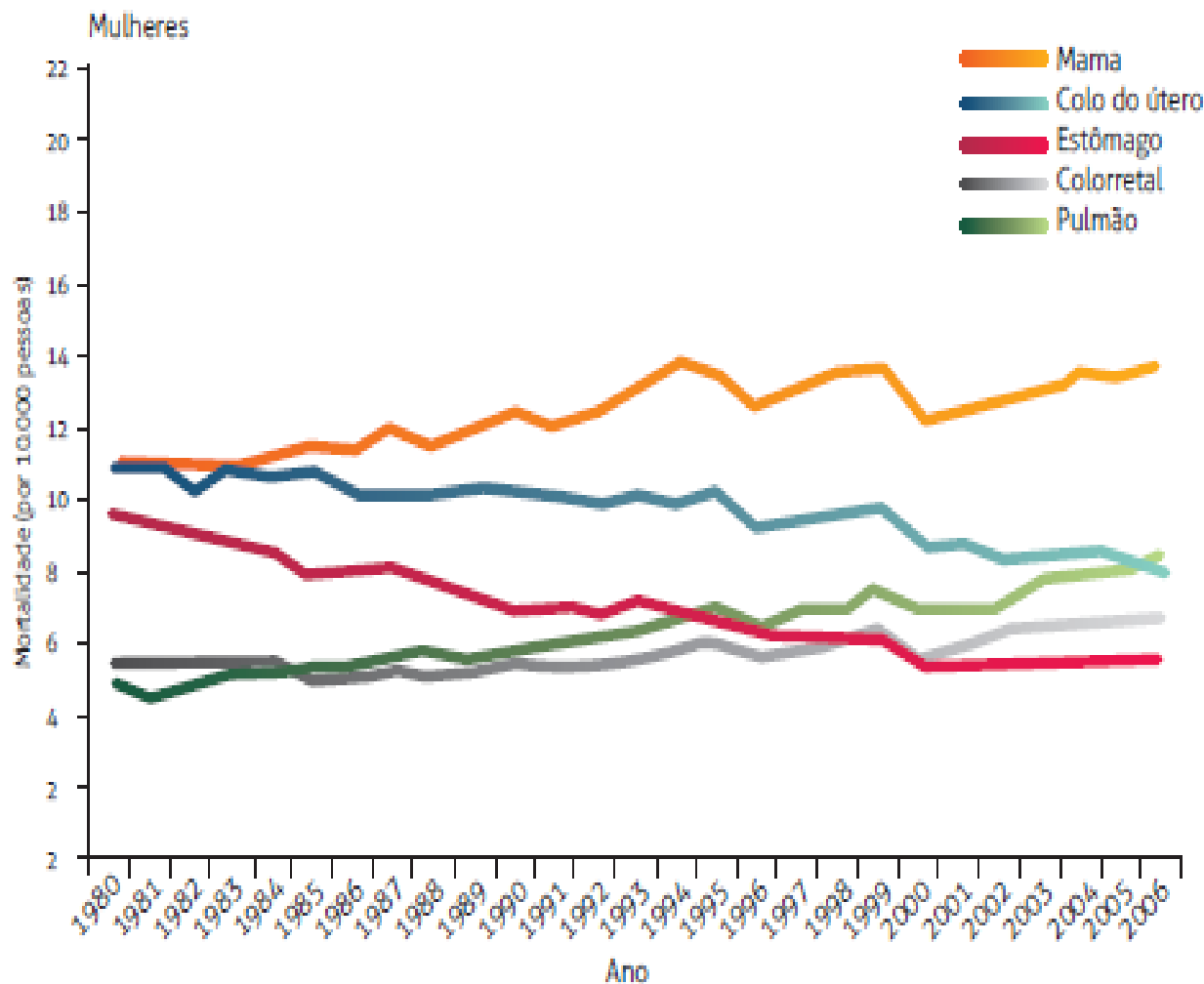
(IBGE, 2010; Passos; Assis; Barreto, 2006)

DCNT no Brasil



- **72%** das causas de mortes no país;
- Atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis;
- Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (Schmidt, 2011);
- Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período.

Figura 4: Mortalidade* para os principais locais de câncer em homens e mulheres, 1980-2006



Mortalidade por DCNT

Taxas padronizadas por idade segundo população-padrão mundial modificada por Doll et al (1966), com redistribuição das causas mal definidas de morte, *pro rata*, dentre as causas não externas.

*Corrigida com redistribuição proporcional dos óbitos classificados como neoplasia maligna de útero, porção não especificada.

Porque houve o aumento exorbitante de condições crônicas no mundo?

Processos de transição no perfil das doenças ocorrentes na população;

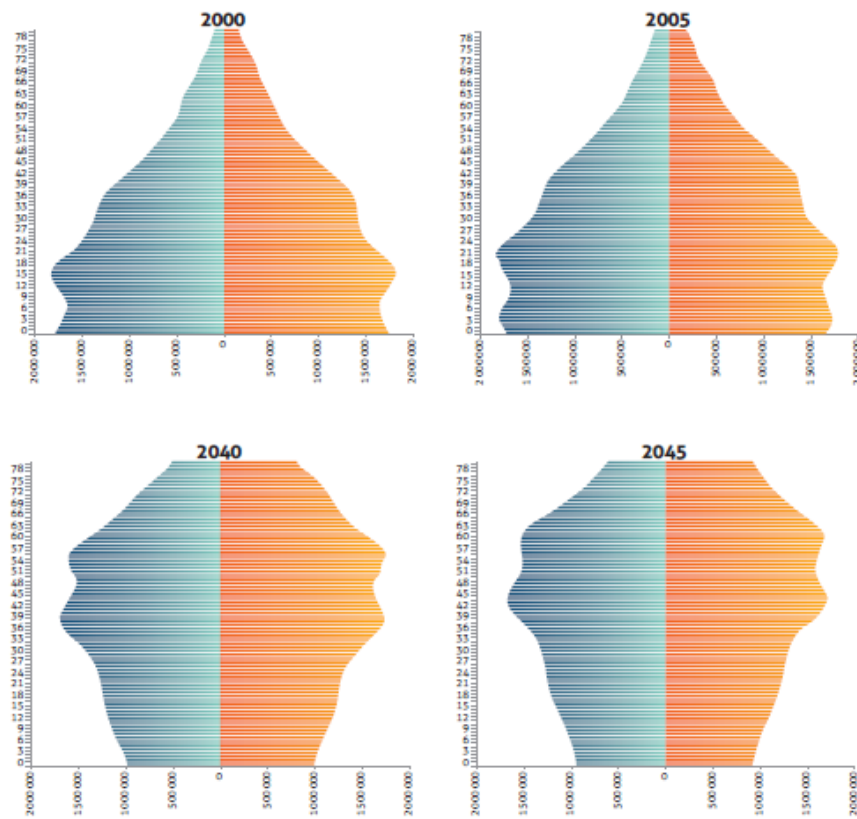
Transição demográfica: diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos;

Transição epidemiológica: urbanização acelerada, acesso aos serviços de saúde, meios de diagnóstico e mudanças culturais;

Transição nutricional: aumento progressivo do sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e sedentarismo da vida moderna.

(MALTA et al, 2006)

Figura 1: Pirâmides etárias do Brasil de 2000 e 2005 e projeções para 2040 e 2045

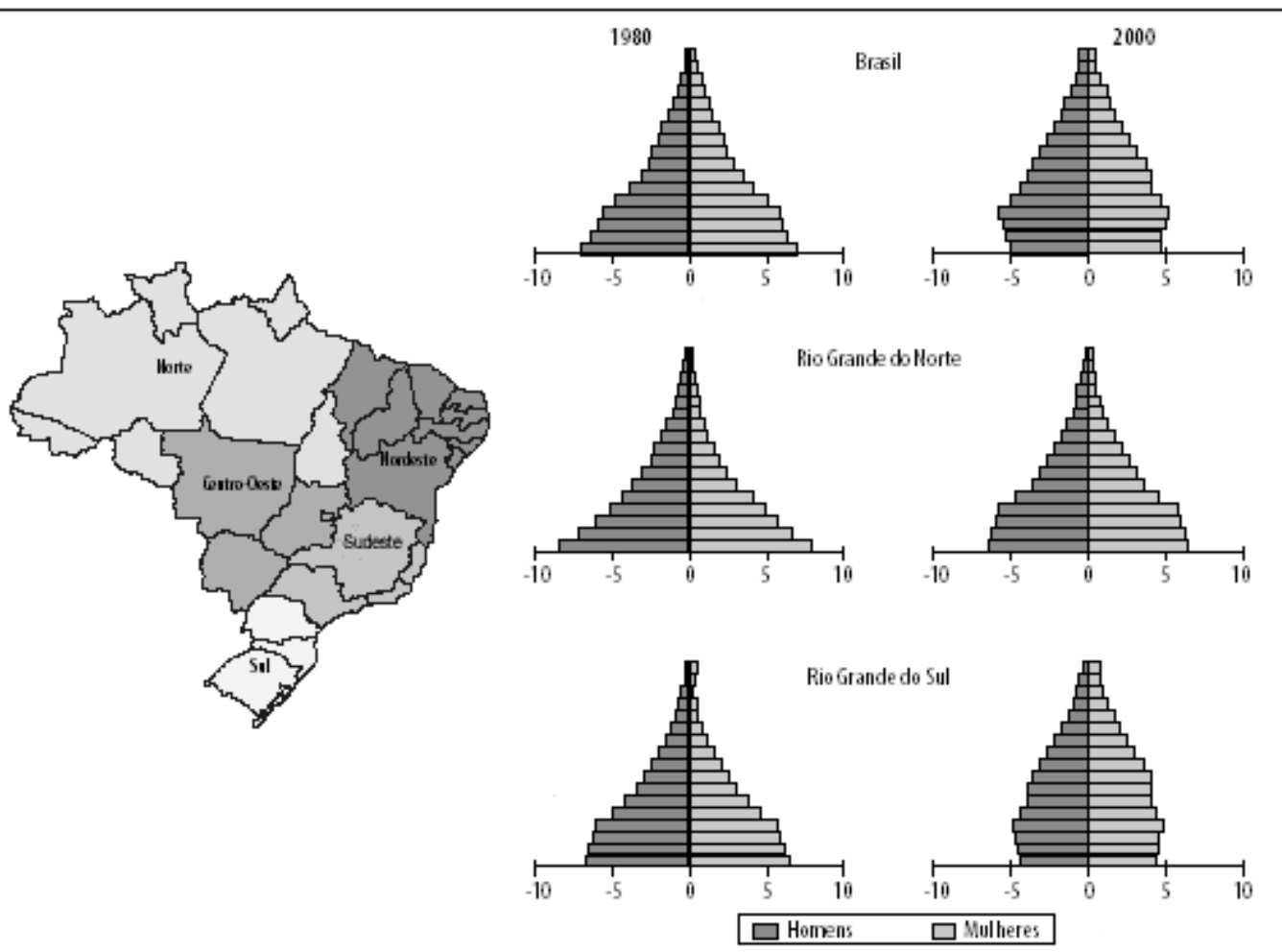


Qual a repercussão desta mudança de estrutura etária para o crescimento das condições crônicas?

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vidas (IBGE, 2008).

Cada ano acrescenta 200 mil pessoas de 60 anos ou mais ao Brasil, que é uma demanda importante para o sistema de saúde. O norte ainda preserva características de uma população jovem; e o sul é marcado por um processo de transição demográfica.



MALTA, et al, 2006

Figura 2 - Transição demográfica. Brasil, 1980 e 2000

Fatores de risco para as condições crônicas

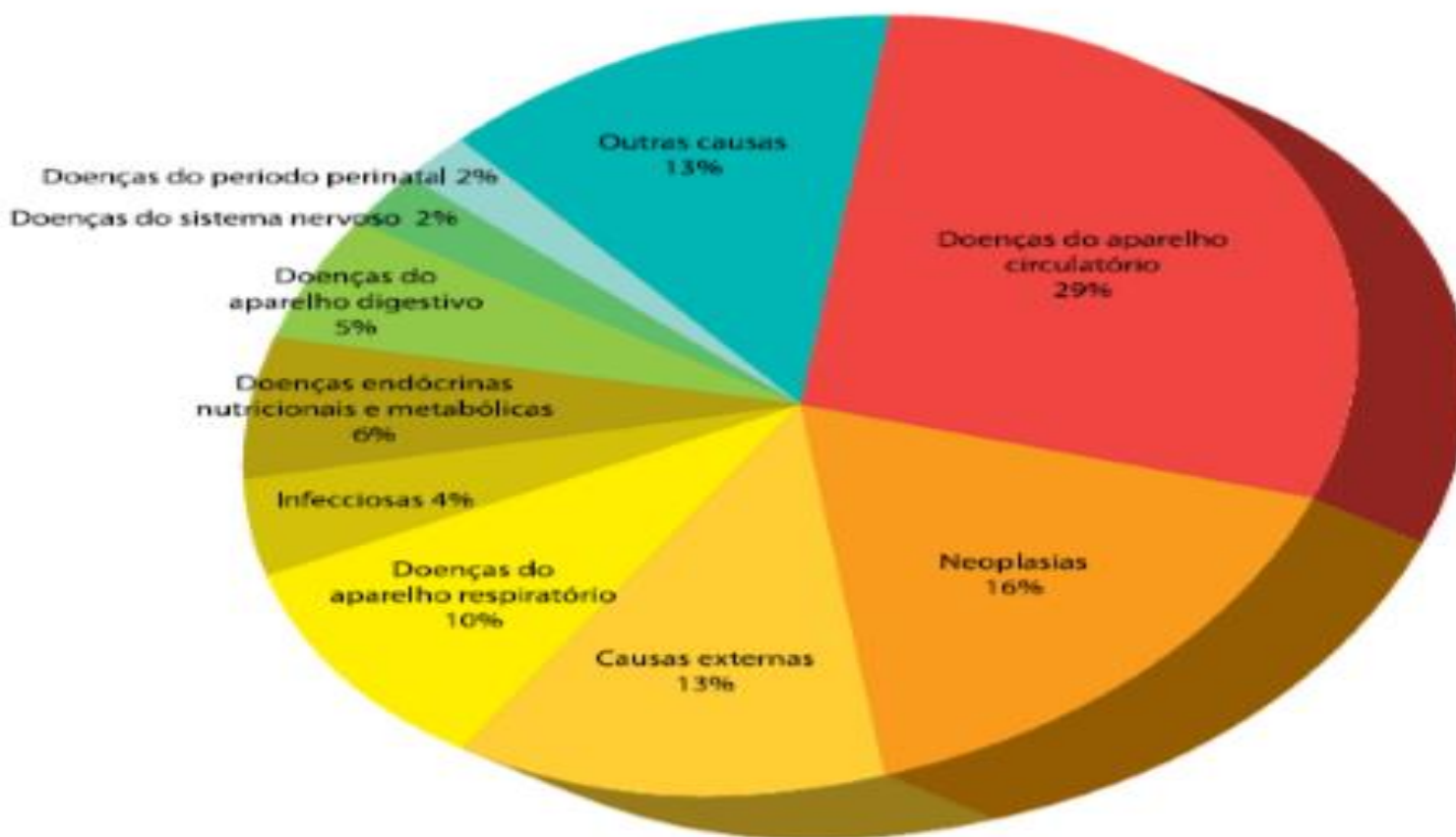


Quais são?

- **Excesso de peso**
- **Tabagismo**
- **Consumo abusivo de Álcool**
- **Sedentarismo**

“As condições crônicas de saúde constituem-se na maior causa de morte e incapacidade física na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento”

Figura 1 – Mortalidade no Brasil em 2009



“Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil - de 2011 a 2022”

Na última década, observou-se uma **redução de aproximadamente 20%** nas taxas de mortalidade pelas DCNT, o que pode ser atribuído à **expansão da atenção primária**, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros.



Políticas Públicas para o enfrentamento das condições crônicas

Modelos de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas: O modelo de cuidado crônico tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). O ponto central desse modelo é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento (NOLTE; MCKEE, 2008) (Figura 12).

Figura 12: Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas



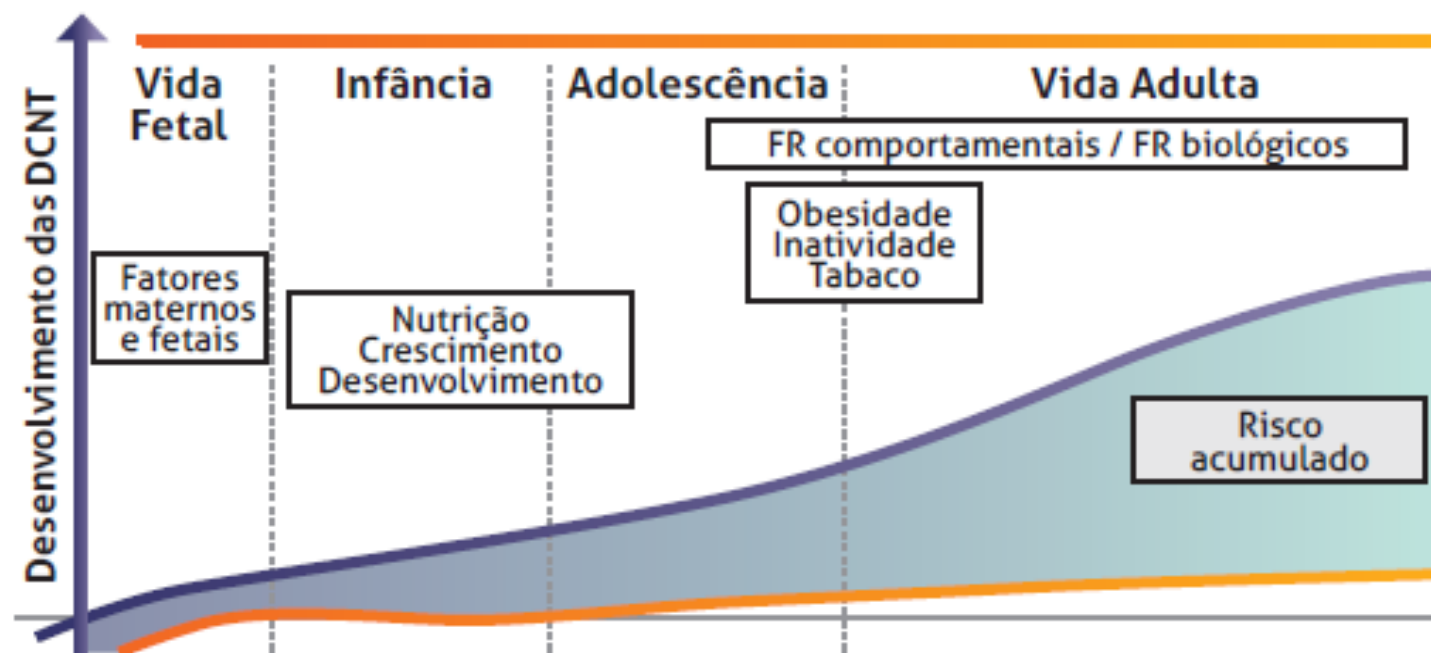
Fonte: Nolte; McKee, 2008 (adaptado).

BRASIL, 2011

Linha de Cuidado de DCNT: Abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica.

Atuar em todo o Ciclo Vital: A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação saudável, atividade física) e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida (Figura 13).

Prevenção de DCNT ao longo da vida



REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

- Estratégia para superar a **fragmentação da atenção** e da gestão nas regiões de saúde;
- Aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS;
- Melhores resultados para os **indicadores de saúde**;
- Constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos:
 - AB estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema;
 - Equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

O MODELO DE ATENÇÃO

- Ele define a forma como a atenção é realizada na rede e como os diversos pontos se comunicam e se articulam.
- É necessária uma mudança no modelo hegemônico no SUS, que é centrado na doença e no atendimento à demanda espontânea e na agudização das doenças crônicas.
- A implantação da RAS exige uma **intervenção concomitante** sobre as doenças agudas e crônicas, em uma organização que construa a **intersectorialidade** para a **promoção da saúde**, contemple a **integralidade dos saberes** com o fortalecimento do apoio matricial, considere as **vulnerabilidades** de grupos ou populações e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas.

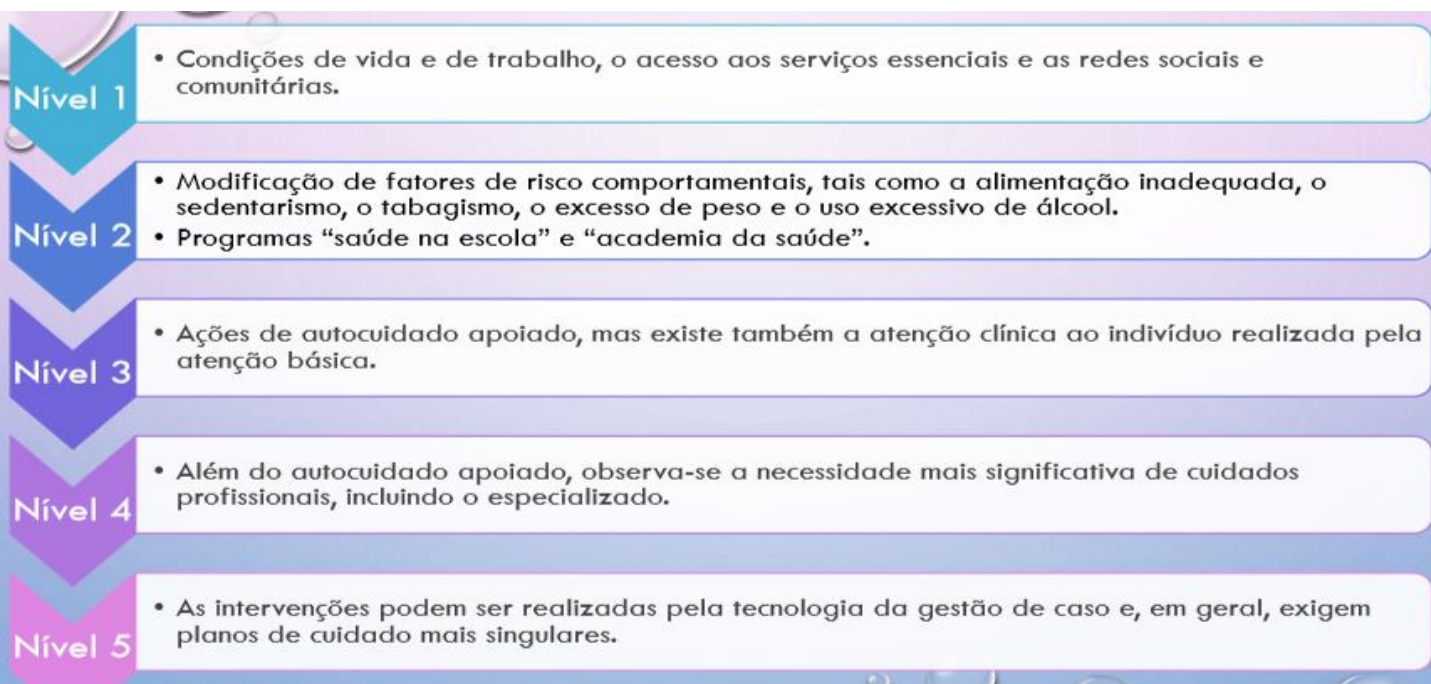
ABS, RAS E DOENÇAS CRÔNICAS

- Para que a ABS seja realmente resolutiva, em especial no cuidado às pessoas com doenças crônicas, é fundamental que a RAS disponha de fortes sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.
- Os sistemas de teleconsultoria são instrumentos importantes para a qualificação da atenção e podem ser também incorporados enquanto elementos para regulação na RAS.
- Outro importante apoio para a ABS são os equipamentos de telediagnóstico, que podem ampliar a oferta de serviços atualmente sobrecarregados ou que se concentram em poucos municípios, muitas vezes distantes dos usuários e das equipes da atenção básica.

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E ATENÇÃO HOSPITALAR

- O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser **complementar e integrado à atenção básica**, superando a atuação **fragmentada e isolada** que ocorre na maioria das localidades hoje.
- É necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela ABS.
- O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais.

Figura 2 – Modelo de atenção às condições crônicas



Fonte: Mendes (2011).

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- **Atenção Centrada na Pessoa e na Família**

- Baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada.
- Aliança terapêutica.

(Johnson et al., 2008; BODENHEIME et al., 2002)

- **Cuidado Continuado/Atenção Programada**

- Condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica;
- Ex: pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Atenção Multiprofissional

- Agrupamento de profissionais que atende uma determinada população e que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos.
- Reunião de equipe, discussão de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais.

- Projeto Terapêutico Singular – PTS

- “O PTS objetiva a realização de uma revisão do diagnóstico, nova avaliação de riscos e uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado e das pessoas” (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Apoio Matricial

- O apoio matricial pode ser uma ferramenta para aproximação entre os diferentes pontos de atenção da rede e os profissionais, favorecendo um atendimento mais integral do sujeito.
- O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio.

(CAMPOS; DOMITTI, 2007)

- Acompanhamento Não Presencial

- As interações entre as equipes de saúde e os usuários podem se tornar mais produtivas com um equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais por meio de telefone ou de correio eletrônico.
- *Callcenter*

(MENDES, 2011)

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Atendimento Coletivo

- Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde.
- Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude.

- Autocuidado

- Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.
- Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentido de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário.

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Linhas de Cuidado

- As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.
- As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco.

- Diretrizes Clínicas

- Diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção, elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado, a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia.
- Definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde.

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

- Estratificação de Risco

- A finalidade da estratificação de risco é classificar os usuários de determinado serviço de acordo com a gravidade da enfermidade.
- Ela serve para avaliar, organizar e garantir o atendimento a cada usuário, conforme a necessidade.

- Educação Permanente

- Tendo em vista que a implantação da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas implica mudanças nos processos de trabalho, é fundamental uma educação permanente que supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhe no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A **fragmentação do sistema** de saúde é ainda um grande desafio a ser superado.
- A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da **construção de redes** vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o **fortalecimento da atenção básica** como coordenadora do cuidado.
- Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de **garantir o cuidado contínuo** ao usuário do SUS, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.
- Essa construção requer os esforços de todos os atores envolvidos, principalmente quando se trata da **articulação e da comunicação** entre os componentes da rede. ◉

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de **garantir o cuidado contínuo** ao usuário do SUS, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.
- Essa construção requer os esforços de todos os atores envolvidos, principalmente quando se trata da **articulação e da comunicação** entre os componentes da rede.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf

FEGADOLLI, C. REIS, R. MARTINS, S. et al. Adaptação do módulo genérico DISABKIDS para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. Recife. Jan-Mar, 2010.

MALTA,D.C.; CEZÁRIO,A.C.;MOURA.L. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. vol.15 no.3 Brasília Sept. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial, Brasília, 2003.

Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. © Copyright **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf