

**AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE**

Angélica Fátima Bonatti¹
Mariana Roberta Cardoso Barbosa¹
Frhancielly Shirley Souza Sodré¹
Patrícia Da Silva Ferreira²

As condições de saúde da população brasileira vêm apresentando mudanças significativas ao longo dos anos. Prova disso é a chamada tripla carga de doenças que resulta na acumulação epidemiológica de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, as causas externas e situações de violência e homicídios, além das doenças crônicas que já atingem 77% da carga total. Se considerarmos as outras condições crônicas para além das doenças, pode-se estimar que em torno de 85% da carga de doenças no Brasil é de condições crônicas ^{1,2}.

Nesse cenário, é fundamental fortalecer a organização dos serviços de saúde em rede de atenção e estruturar as regiões de saúde nas suas ações de atenção básica, atenção psicossocial, vigilância à saúde, urgência e emergência além da atenção ambulatorial especializada e hospitalar visando alcançar a integralidade do cuidado às pessoas com condições crônicas ¹.

A resolutividade no acompanhamento das pessoas com condições crônicas, vai muito além do conhecimento sobre a doença, envolve a forma de enfrentamento e em como se estrutura o sistema de atenção à saúde. Vivemos um período em que a capacidade de resposta às condições crônicas é marcada pela crise nos sistemas de atenção à saúde, explicada por fatores históricos, culturais e técnicos ^{1,3}.

A condição de saúde corresponde às circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de diferentes formas, podendo ser mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais e contínuas, fragmentadas ou integradas do sistema de atenção à saúde. No contexto das condições crônicas, as doenças crônicas, chamam a atenção por aparecerem no ranking das causas básicas de óbitos segundo capítulos do CID-10 no Brasil, sendo a 1ª posição de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ^{1,2,3}.

Esse fato de morbimortalidade vem sendo explicado por diversas causas, dentre elas, há maior exposição aos fatores de risco como consumo regular de bebidas adoçadas, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, consumo de alimentos ultraprocessados e inatividade física, por exemplo. Alguns autores defendem que uma pequena redução da mortalidade por DCNT ocorre devido à expansão da Estratégia de Saúde da Família - ESF e da redução do tabagismo. As evidências mostram que um dos melhores programas do SUS é a Estratégia de 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 no processo de trabalho ao cuidado do paciente crônico ².

Pesquisas realizadas no âmbito da atenção primária, mostram que ela é capaz de resolver cerca de 90% dos problemas que chegam a esse nível de atenção, considerado de maior capilaridade para identificar os diversos tipos de demanda, sendo eles: a atenção a demanda por eventos agudos, a atenção a demanda por condições crônicas, não agudizadas, e as pessoas hiperutilizadoras, a atenção a demanda por atenção preventiva, a atenção a demanda administrativa, a atenção a demanda por atenção domiciliar, e a atenção a demanda por autocuidado apoiado ^{2,3}.

O conceito de condição crônica é recente, na tipologia tradicional epidemiológica as doenças eram classificadas em doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, porém, essa tipologia não explica a organização, o modelo de atenção e o enfrentamento dos serviços, pois muitas doenças transmissíveis são enfrentadas na lógica das condições crônicas de saúde. São portanto consideradas condições crônicas 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, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e as deficiências motoras ^{1,3}.

Algumas características são inerentes às condições crônicas, elas possuem início gradual, as causas são usualmente múltiplas, apresentam duração indefinida com diagnósticos e prognósticos incertos. Além disso, seus testes diagnósticos são frequentemente de valor limitado e em geral o resultado é de um cuidado sem cura. O papel dos profissionais é marcado por educar e fazer parcerias com as pessoas usuárias e a natureza das intervenções é centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado,

dessa forma, o conhecimento e a ação clínica são compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias. O papel da pessoa usuária é co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde, sendo fundamental para que essas atitudes e ações se concretizem, um sistema de atenção à saúde atento para responder de forma proativa e contínua ^{1,2}.

O modelo de atenção às condições crônicas que veremos a seguir, contribui para que essas respostas sociais proativas, contínuas e integradas ocorram em três dimensões: dos sistemas de atenção, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Esse modelo é ancorado por um tripé de sustentação, sendo a estratificação dos riscos da população usuária, a estabilização das condições crônicas e o autocuidado apoiado. Não se acompanha pessoas com hipertensão arterial, mas com pessoas baixo, médio, alto e muito alto risco em relação a essa doença ³.

O maior objetivo da resposta à condição crônica é estabilizar a condição crônica para diminuir seu risco evolutivo, ou acumulativo. Dessa forma, sabe-se que as doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus não são estabilizadas sem um componente proativo das pessoas que deixam de ser “pacientes” para serem agentes da produção social de sua saúde, com apoio de uma equipe de saúde e de sua rede de proteção social ^{1,3}.

Espera-se que as intervenções sobre as condições crônicas estabelecidas, especialmente na HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica e DM - Diabetes mellitus no âmbito do SUS, sejam pautadas na estratificação de risco, no plano de cuidado, na educação permanente dos profissionais, na educação em saúde, no autocuidado apoiado, no sistema de informação clínica e na gestão de caso.

Referências Bibliográficas:

1. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
2. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
3. Mendes, EV. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 431–436, fev. 2018.