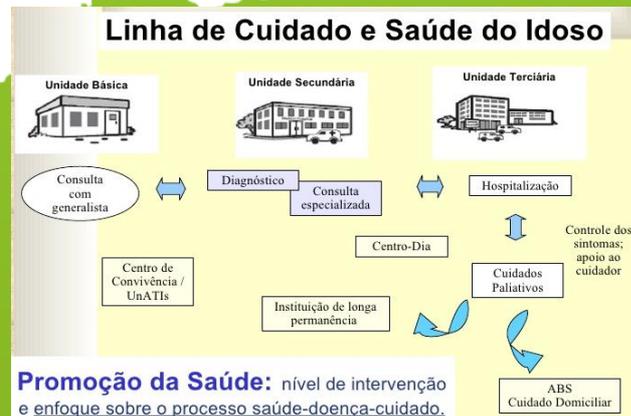


OFICINA 4

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**Guia do Participante
PIAUÍ - 2017**

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Cooperação Técnica Interinstitucional Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Presidente: Michele Caputo Neto

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

José Wellington Barroso de Araújo Dias

Governador do Estado do Piauí

Florentino Alves Veras Neto

Secretário Estadual de Saúde do Piauí

Equipe Gestora da SES/Pi

Cristiane Maria Ferraz Damasceno Moura Fé

Superintendente de Atenção à Saúde

Gerardo Rebelo Filho

Superintendente de Assistência à Saúde

Welton Luiz Bandeira de Sousa

Superintendente de Gestão e Administração

Ana Maria M. Neiva Eulálio Amorim

Dir. de Controle, Aval. Reg. e Auditoria

Juliana Veras de Souza

Diretora do FUNSAÚDE

José Elói Lamim Lages

Diretoria de Unidade de Planejamento

Herlon C. Lima Guimarães

Dir. de Vig. e Atenção à Saúde

Francisco das Chagas Cacau

Diretoria de Unidade de Administração

Ivo Lima Viana

Diretoria de Organização Hospitalar

Tatiana Vieira Sousa Chaves

*Diretoria de Unidade de Vigilância
Sanitária*

Jean de Sousa Batista

Diretoria de Assistência Farmacêutica

José Richardson da Rocha Soares

*Diretoria de Unid. de Gestão de
Pessoas*

Graciene Silva Nazareno

Assessoria de Comunicação

Revisão e Sistematização do Documento

Iolí da Silva Piauilino

Norma Sueli Marques da Costa Alberto

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes

Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra

Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista

Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Zélia Soares Lins

Rubia Pereira Barra

FACILITADORES DO CONASS

Ademilde Machado Andrade

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Ana Maria Cavalcanti

Ana Paula Oliva Reis

Carla Pintas Marques

Carla Ulhoa André

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Cleide Aparecida de Oliveira

Denize Aparecida Silva

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Jane Monteiro Neves

Leane de Carvalho Machado

Lidia Maria Tonon

Lore Lamb

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Ângela Leite Chaves

Maria Cecília Moreira Domênico

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Marta Oliveira Barreto

Nereu Henrique Mansano

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Regina Helena Arroio Nicoletti

Regina Márcia Maestrello Bolis

Paula Meira

Rosane de Lucca Maerschner

Roseane Belchior Carneiro Siqueira

Rubia Pereira Barra

Sandra Denise de Moura Sperotto

Severino Azevedo de Oliveira Junior

Sônia Maria Souza

Tereza Cristina Lins Amaral

Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

Viviane Rocha de Luiz

Wagner Fulgêncio Elias

FACILITADORES DO PIAUÍ

Aline dos Santos V. Mota
Ana Cristina Portela
Ana Karla de F. M. Brauna
Antonia Jocileide N. da Silva
Arabela Araújo dos Santos
Berenice Diniz A. de Sousa
Carolina Fernandes Ferreira
Caroline Lustosa da Silva
Claudia Oliveira Melo
Cleiliane Linhares Prado
Daiane Cavalcante Sousa
Edna Batista
Edvone Benevides Sabino
Eliandra de Andrade Silva
Emília Pacheco
Ester Jaine de S. Pereira
Fábio Mota Machado
Flavio Ibiapina Rodrigues
Francimeire Moura
Frank Sinara Mesquita Oliveira
Geovania Vieira de Brito
Gessika Aline de S. Cerqueira
Gilberto Marcelo M. B. Junior
Gildenise Monteiro Rabelo
Gilmara Cardoso Oliveira
Glaucimeire Moura Cavalcante
Gracyanne M^a Oliveira Machado
Hellen Natashy A. Magalhães
Hercilio de Sousa Miranda
Iarlei de Brito Vasconcelos
Ieldina Cristina de Paiva Vasconcelos
Inez Maria Dourado dos S. Moraes
Jacy Fortes de Meneses
Jaira Carolina M. Calçada
Jamila Rodrigues da Silva
Jeferson Silva Araújo
Joara Cunha Santos M. G. Lima
Juliana da Conceição Souza
Juliana Maria de Sousa
Karlhane de Araujo Lima Uchoa
Karoline Monteiro Barros

Katia Miriane Figueiredo Araújo
Lana Agda F. Gomes
Laydianne Portela Mota
Liege M^a Rodrigues de Aquino
Liliane França de Carvalho
Luciana da Fátima dos S. Reis
Luiza Cunha da Silva
Mailson Silva de Oliveira
Márcia Alcioneide da Silva
Maria Cleris Bezerra de Sousa
Maria do Carmo A. B. Barros
Maria Gabriela C. T. Monteiro
Maria Sousa de Moraes
Maysa Raquel Gramosa
Mônika Amorim Barjud
Monique de Aquino Ferreira
Nayla Silva Azevedo
Olavo Felix dos Santos
Onofre Coelho de M. Júnior
Rita de Cássia de S. Torres
Rivania de Almeida de Assis
Rodolfo Escórcio de Castro
Simone da Silva Freitas
Taylon Oliveira de Andrade
Tiago Leoncio
Tiago Luis Lima da Silva
Valtânia Leite Barros
Vanessa Cristina de C. A. Oliveira
Vanessa Elenia de Brito Masullo
Virginia Matos Gomes dos Santos
Welson Bruno Diniz
Zelinda Houana
Zilmar Silva Neres
Zoraia Ibiapina Tapety

SUMÁRIO

- 1 Apresentação
- 2 Objetivos de aprendizagem
- 3 Desenvolvimento
- 4 Programação
- 5 Roteiro de atividades
- 6 Orientações para o período de dispersão
- 7 Avaliação
- Anexos

OFICINA 4 – ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde.

Hoje, a assistência em situações de urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarretará aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio.

Por outro lado, a situação de saúde brasileira revela uma importância relativa crescente das condições crônicas, que só poderá ser respondida com a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, implantar as Redes pressupõe mudanças radicais no modelo de gestão e de atenção à saúde, apontando para a necessidade de se instituir também novos modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Nesse sentido, a Oficina 4 aborda a temática dos eventos agudos e das condições crônicas no âmbito da Atenção Primária, destacando os modelos de atenção e a implantação dos macroprocessos propostos na construção social da APS.

Considerando que a necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional e de gestão, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências, a Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde”.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Para o alcance da competência proposta, serão desencadeadas algumas etapas do processo de aprendizagem, representadas pelos seguintes objetivos:

2.1 Objetivo geral:

Analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos específicos:

- Discutir a organização atual da Atenção Primária à Saúde para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas.
- Compreender o Modelo de Atenção aos Eventos Agudos.
- Compreender o Modelo de Atenção às Condições Crônicas proposto para o Sistema Único de Saúde.
- Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção aos eventos agudos na Atenção Primária à Saúde (acolhimento, classificação de risco).
- Discutir os macroprocessos relacionados à organização da atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (estratificação de risco, programação, agenda).

3 DESENVOLVIMENTO

O processo de formação será integrado, articulado e em estreita relação com a realidade local, por meio de uma abordagem educacional mais participativa e colaborativa, valorizando a integração ensino-serviço e comunidade. Desta forma, os métodos de ensino-aprendizagem utilizados objetivam a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos pelos participantes, a partir de um conjunto de estratégias educacionais, que resultará na apresentação de produtos concretos.

Assim, a oficina 4 está estruturada de forma a trabalhar com algumas estratégias para estimular a participação ativa de todos no processo de construção coletiva do conhecimento. São propostos alguns trabalhos em grupos, seguidos de compartilhamento dos produtos e exposições para sistematização das informações trabalhadas.

Recomenda-se, como material bibliográfico adicional, o **PLANO MUNICIPAL INTERSETORIAL PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) TERESINA - PI 2013 - 2017**, para leitura e aprofundamento das temáticas e complementação dos objetivos propostos na oficina. Arquivo disponível em <http://www.semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/Plano-Municipal-DCNT.pdf>

4 PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em turnos com carga horária de 4 horas/aula, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos de aprendizagem já apresentados. O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho do grupo.

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h - 8h30min	Inscrição e entrega de material
8h30min - 9h	Acolhimento e abertura da Oficina
9h - 10h	Atividade 1 - Plenário: Dispersão da Oficina de Território e Vigilância em Saúde
10h - 10h15min	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde
10h15min - 10h30min	Café com prosa (deslocamento para os grupos)
10h30min - 12h	Atividade 3 - Trabalho em grupo com plenário externo: Por que organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?
12h - 12h30min	Atividade 4 - Plenário do trabalho em grupo: Por que organizar a atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?
12h30min - 13h30min	Intervalo para almoço
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30min - 13h45min	Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h45min - 15h30min	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenário interno: Analisando os eventos agudos e as condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
15h30min - 15h45min	Café com prosa (deslocamento para o plenário)
15h45min - 16h30min	Atividade 6 - Exposição dialogada: A organização da Atenção aos

	Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde
16h30min – 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

5 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 1 – PLENÁRIO: DISPERSÃO DA OFICINA DE TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE



1 hora

DESCRIÇÃO:

1. A Oficina de Território e Vigilância em Saúde tinha como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de fortalecer a concepção do território como elemento estruturante para análise e planejamento estratégico local das ações integradas da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde”. Para tanto, foram propostos os seguintes produtos a serem realizados no período de dispersão:

- Delimitação do território de cada equipe de Atenção Primária à Saúde, com as microáreas discriminadas, por meio da revisão da territorialização;
- Análise da situação de cadastramento dos cidadãos e das famílias residentes no território com proposição de estratégias para sua devida efetivação;
- Análise da cobertura da Atenção Primária à Saúde (Equipe de Saúde da Família, Agente Comunitário de Saúde, Equipe de Saúde Bucal, Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, dentre outros);
- Elaboração da matriz de integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, no que se refere ao componente “Território integrado entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde”, seguindo-se a diretriz proposta e as ações recomendadas.

2. Nesta atividade, os participantes socializarão os produtos de dispersão, dando destaque às facilidades e dificuldades para sua realização e, principalmente, à aplicação prática do aprendizado ao cotidiano de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

3. Ao final, o/a coordenador/a do plenário fará o resgate dos objetivos da Oficina 3 para analisar o grau de alcance dos mesmos.



RESGATANDO OS OBJETIVOS DA OFICINA DE TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo geral:

- Identificar estratégias de integração das ações de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde no território.

Objetivos específicos:

- Compreender o conceito de território e o processo de territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde.
- Compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes de Atenção Primária à Saúde.
- Discutir ferramentas de análise situacional para a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações.
- Discutir as relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território.

ATIVIDADE 2 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A OFICINA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



15 minutos

DESCRIÇÃO:

Será apresentada a proposta da oficina de organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, sua relação com as demais oficinas da Planificação, a competência proposta, as etapas de aprendizagem, a metodologia e, principalmente, a importância da implantação desses macroprocessos no âmbito da construção social da Atenção Primária à Saúde.

ATIVIDADE 3 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?



1 hora e 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores/as nessa atividade para a mediação do trabalho proposto. Antes de dar início, deve-se eleger um coordenador e um relator para a atividade,

lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:



RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O/A coordenador/a é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo e apresentá-las em plenário, seja este interno ou externo.

Registre aqui as pessoas que exercerão as funções de coordenador(a): _____ e de relator(a): _____ nessa primeira atividade.

Passo 2 – A atividade traz dois textos de apoio que juntos procuram responder ao tema central do trabalho em grupo: Por que organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?

Para leitura e discussão dos textos os grupos se organizarão, conforme indicado no quadro a seguir:

Grupos	Textos para leitura
A	Texto 1 – Os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde
B	Texto 2 – As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

Passo 3 - Para cada texto, há uma sequência de questões que nortearão as discussões. Veja a seguir:

Textos para leitura	Questões norteadoras
Texto 1 – Os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde	<p>a) Quais os principais eventos agudos que chegam à Unidade Básica de Saúde?</p> <p>b) A equipe utiliza algum modelo de classificação de risco para eventos agudos? Especifique.</p> <p>c) Como funciona o fluxo do atendimento para os eventos agudos em sua Unidade?</p> <p>d) Na agenda da equipe, como está organizado o atendimento aos eventos agudos?</p>

<p>Texto 2 – As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>a) Quais as principais condições crônicas existentes no território?</p> <p>b) A equipe utiliza algum tipo de estratificação de risco para condições crônicas? Especifique.</p> <p>c) Como funciona o fluxo do atendimento para as condições crônicas em sua Unidade?</p> <p>d) Na agenda da equipe, como está organizado o atendimento às condições crônicas?</p>
--	--

Passo 4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva no Box a seguir.



ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto **é facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar** os **termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é **compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar no papel craft** os termos identificados pelo grupo.

O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel afixado na parede** para que todos possam visualizar a **produção coletiva**.

Passo 5 – A seguir, o grupo deve proceder à leitura do texto de apoio (1 ou 2), conforme orientado:



TEXTO DE APOIO 1 – OS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

1 CONCEITO

Conforme visto na Oficina 1, as condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível, exigindo um tempo de resposta oportuno pelo sistema de atenção à saúde. Envolve as doenças transmissíveis de curta duração (gripe, dengue), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite, amigdalite) e os traumas.

Já as condições crônicas possuem curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições crônicas agudizadas.

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas. Por essa razão, surge uma terceira categoria, a dos eventos agudos, que é um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas (por exemplo, emergência hipertensiva, descompensação diabética, crise asmática).

Os eventos agudos devem ser respondidos por uma rede de urgência e emergência que se pode estruturar por meio de respostas sociais reativas, episódicas e integradas.

2 A DEMANDA DE EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na Oficina 2, constatou-se que a estrutura da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS) é ampla e diversificada. Contudo, na prática social dos cuidados primários, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade. Em geral, é reduzida aos cuidados dos eventos agudos (demanda espontânea) e das condições crônicas (demanda programada); algumas vezes, trabalha-se, além disso, com a demanda por cuidados preventivos. Há, ainda, o que os criadores do *Chronic Care Model* denominaram de “tirania do urgente” em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas (WAGNER et al., 1996).

Uma pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 28 condições de saúde respondem por 50,4% da demanda total na APS, enquanto 13 condições agudas respondem por 13,7% (LOPES, 2012). Dentre os principais eventos agudos que se apresentam na APS, tem-se: infecção do aparelho respiratório superior (3,8%), estado de ansiedade (1,3%), gastroenterite (1,2%), amigdalite aguda, cistite/outras infecções urinárias (1,1%), dor abdominal generalizada/colites (0,9%), dores

¹ Texto adaptado do livro CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde - 2014 e do livro A Construção Social da Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes – 2015, ambos publicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

musculares, cefaleia (0,8%), vaginite/vulvite (0,7%), otite aguda, bursite/tendinite/sinovite, rinite alérgica (0,6%). (GUSSO, 2009).

Nas redes de atenção às urgências e emergências, a APS não constitui seu centro de comunicação, mas desempenha uma função importante por ser um dos seus pontos de atenção, responsável pelo atendimento da maior parte dos eventos agudos. Assim, a APS deve classificar os riscos das pessoas que se apresentam neste ponto de atenção com queixa de evento agudo, deve atender às urgências menores (azuis e verdes) e deve prestar os primeiros atendimentos às urgências maiores (amarelos, laranjas e vermelhos), encaminhando-as, por meio da central de regulação, aos outros pontos de atenção resolutivos para essas situações.

Para tanto, é preciso implantar um modelo efetivo de atenção aos eventos agudos, que se preste à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, convocando, necessariamente, algum tipo de classificação de risco na APS.

3 OS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

Os modelos de atenção aos eventos agudos têm como objetivo identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

Mendes (2014) desenvolveu um modelo de atenção aos eventos agudos, que tem como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Esse modelo está representado na Figura 1.



Figura 1 - O modelo de atenção aos eventos agudos

O modelo estrutura-se em quatro níveis e em função de algumas variáveis fundamentais: a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde, a gravidade (risco), o tempo resposta e os recursos necessários.

O nível 1 incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de Dahlgren e Whitehead (1991). Nesse nível as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia por meio de um programa denominado Trauma Zero que articula políticas de diferentes setores com o objetivo de alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017 (WILES, 2007).

O nível 2 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 (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

Os níveis 3 e 4 referem-se a eventos agudos ocorridos que devem ser atendidos por uma tecnologia de gestão da clínica denominada de gestão das condições de saúde. No nível 3, faz-se a gestão da condição de saúde por meio da classificação de risco. Para isso utiliza-se um sistema de classificação de risco com o objetivo de estabelecer, rapidamente, a atenção no lugar certo e no tempo certo.

A organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos implica, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a construção de uma linguagem comum que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação e num tempo predeterminado.

As experiências mundiais vêm mostrando que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Há vários modelos que podem ser utilizados, mas no Brasil tem sido utilizado crescentemente o Sistema Manchester de Classificação de risco que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores (verde, azul, amarelo, laranja e vermelho) e que é usado em vários países da Europa (MACWAY-JONES et al., 2010). O quadro 1 mostra a escala da classificação de risco nesse Sistema.

Quadro 1 - A classificação de riscos do Sistema de Triagem de Manchester.

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al. (2005)

Esse Sistema, ainda que desenvolvido para utilização em pontos de atenção secundários e terciários, especialmente hospitalares, tem sido aplicado na APS, em diferentes lugares, no SUS (MARQUES et al., 2010). Outro sistema utilizado é o Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde, constante no Caderno de Atenção Básica nº 28 - Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica, que utiliza o acolhimento com a escuta qualificada e uma classificação de risco, conforme evidencia o quadro 2.

Quadro 2 – Classificação geral dos casos de demanda espontânea na atenção básica.

Situação Não Aguda
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex: teste de gravidez, imunização); • Agendamento/programação de intervenções <p>Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.</p>

Situação Aguda ou Crônica Agudizada
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: parade cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa. • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais

disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

• **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante)**: situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 28 – Ministério da Saúde, 2013.

Retomando o modelo de atenção aos eventos agudos, o nível 4 opera as intervenções de gestão da condição de saúde no manejo dos eventos diagnosticados. Nesse nível faz-se o atendimento nos pontos de atenção e no tempo estabelecidos pela classificação de risco, a utilização de protocolos clínicos baseados em evidência, o diagnóstico e seu manejo segundo os protocolos clínicos, a educação permanente dos profissionais de saúde, a gestão dos riscos de atenção nas unidades de atendimento aos eventos agudos e a programação dos eventos agudos.

4 A ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a proposta de construção social da APS, a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco, ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado. Significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores (MENDES, 2015).

Embora haja resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS, na teoria de redes, contudo, é central a utilização de uma linguagem comum por todos os nós. Seja o Sistema de Classificação de Risco de Manchester ou o Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 28), o importante é que na atenção aos eventos agudos esse sistema seja o mesmo em todos os pontos de atenção das redes.

Um estudo realizado no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte – Minas Gerais, mostrou que o atendimento às urgências e emergências, após a implantação do Sistema Manchester de classificação de risco em todas as Unidades Básicas de Saúde com capacitação das equipes no manejo dos eventos agudos azuis e verdes, e vinculação dessas Unidades à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), resultou na redução de 90% de casos brancos e azuis na UPA, redução de 25% dos atendimentos na UPA, redução de 30% nos custos com

a UPA, redução de 50% nos gastos com combustíveis das ambulâncias, abertura de vagas nos hospitais de referência terciária e um índice de 80% de satisfação dos usuários (OLIVEIRA, 2014).

Assim, a APS é um ponto de atenção à saúde fundamental nas redes de atenção às urgências e às emergências. Para tanto, é imprescindível realizar a classificação de risco nas unidades de cuidados primários e adensá-las para atender às urgências menores e fazer o primeiro atendimento das urgências maiores. Se isso não é feito, não se retiram as urgências menores dos hospitais e essa é uma das causas das longas filas e das macas nos corredores, o que torna impossível organizar a atenção hospitalar às urgências maiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica n. 28, 2013.
- CONASS. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: 2014. 171 p.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.
- GUSSO, G.D.F. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo, Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- LOPES, J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.
- MACKWAY-JONES K et al. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.
- MARQUES AJS. Rede de urgência e emergência. In: MARQUES AJS et al (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados em saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. O modelo de atenção aos eventos agudos. Belo Horizonte, mimeo, 2014.
- _____. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- _____. 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.
- OLIVEIRA, B. B. Atenção ao evento agudo. Santo Antônio do Monte, Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte, 2014.
- WAGNER EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74: 511-544, 1996.
- WILES D. Sweden's road safety vision catches on. *Sweden Today*, April 13, 2007.



TEXTO DE APOIO 2 – AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

1 CONCEITO

Conforme visto na Oficina 1, as condições crônicas possuem curso mais ou menos longo ou permanente, podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e condições agudizadas, e devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos, como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; a manutenção da saúde por ciclos de vida como a puericultura, a hebicultura e a senicultura; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais (MENDES, 2012).

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas.

2 OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Diante do crescimento da prevalência das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, faz-se necessário implantar um modelo efetivo de atenção às condições crônicas.

2.1 O Modelo de Atenção Crônica (CCM)

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model* (CCM), constitui o modelo mais fundamentado e que deu origem a diversos outros. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. A Figura 1 representa o CCM.

² Texto adaptado do livro CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde - 2014 e do livro A Construção Social da Atenção Primária à Saúde, de Eugênio Vilaça Mendes – 2015, ambos publicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

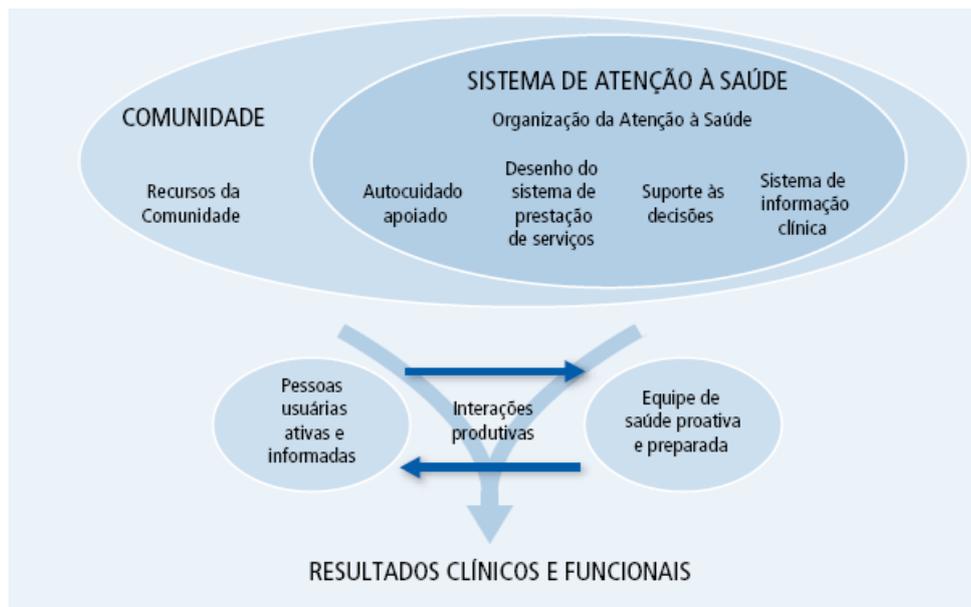


Figura 1 – O Modelo de Atenção Crônica

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Assim, para se obter bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem se promover mudanças nos sistemas de saúde que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, tais como: os portadores de diabetes tiveram um decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca apresentaram melhores tratamentos e utilizaram menos 35% de internações, medidas por leitos/dia; os portadores de asma e diabetes receberam tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM tiveram sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundiram dentro e fora dessas organizações (RAND HEALTH, 2008).

2.2 O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR)

O modelo da pirâmide de riscos (MPR) é conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou na sua rotina assistencial.

Assenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou se gestão de caso. O MPR está representado na Figura 2.

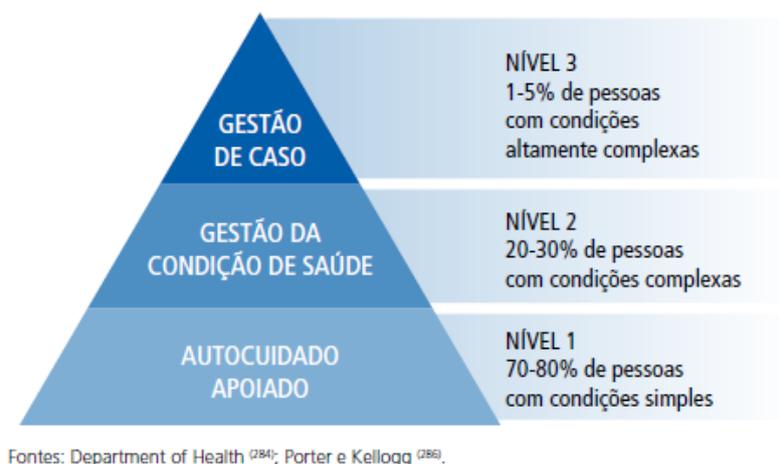


Figura 2 – O Modelo da Pirâmide de Riscos

A Figura 2 mostra que uma população portadora de condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade. Assim, 70% a 80% estão no nível 1 - são pessoas que apresentam condição simples, possuem capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica. Cerca de 20% a 30% estão no nível 2 - são pessoas que apresentam condição complexa porque tem fator de risco biopsicológico ou condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por equipe de atenção primária à saúde com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, alto uso de recursos de atenção à saúde. Finalmente, 1% a 5% estão no nível 3, são pessoas que apresentam necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nesta subpopulação, uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

A lógica do MPR está em promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, de ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham condição estabelecida e de manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

2.3 O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

O Modelo de Dahlgren e Whitehead (DSS) inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal em que se situam os macrodeterminantes. A Figura 3 representa esse Modelo.



Fonte: Dahlgren & Whitehead (2007)

Figura 3 – O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

De acordo com o Modelo, os fatores macro da camada 5 - determinantes distais devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem a fim de reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva, e a atuar na preservação do meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4 - determinantes intermediários convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho, incluindo o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram.

Os determinantes sociais da camada 2 - determinantes proximais tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de

combinar mudanças estruturais, ligadas às condições de vida e de trabalho, com ações desenvolvidas no plano micro com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à lactose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

2.4 Um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2011), baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega, àquele modelo seminal o MPR e o Modelo da Determinação Social da Saúde para ajustá-lo às singularidades do SUS.

2.4.1 A descrição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob a influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob a influência do Modelo de DSS, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, em se tratando de modelo de atenção à saúde, não caberia aqui incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob a influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

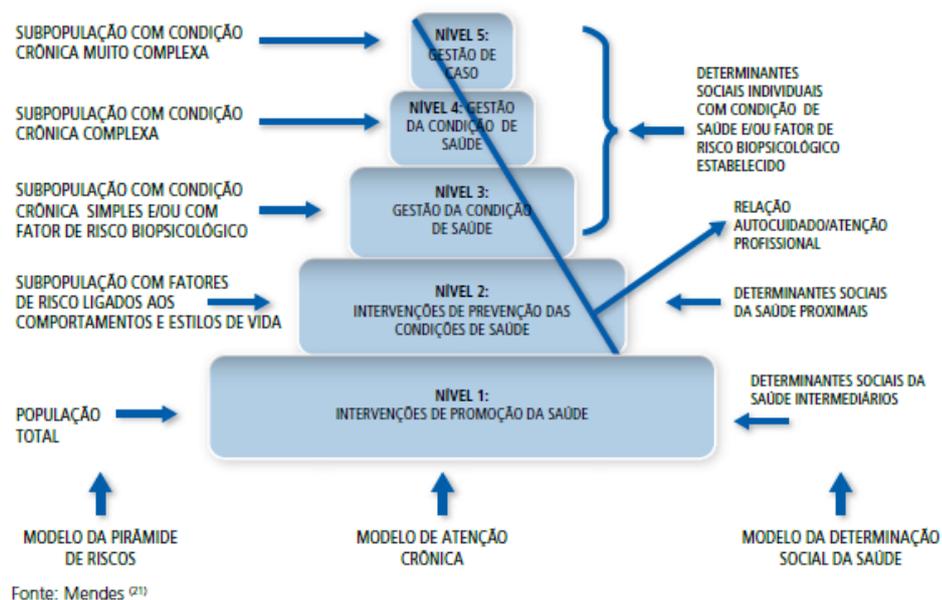


Figura 4 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O lado esquerdo da Figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob a responsabilidade da APS: o nível 1, a população total e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em razão dos determinantes sociais da saúde e o meio da Figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, por meio de projetos intersetoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, melhoria na infraestrutura urbana etc.

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Até o segundo nível não há condição de saúde estabelecida ou a manifestação de fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com fator de risco biopsicológico individual e/ou com condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de DSS. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão com base na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial,

dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual, de risco intermediário e de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na Figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da atenção primária à saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, e neste nível é que se necessita de atenção cooperativa dos generalistas da APS e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de saúde, convocando uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

3 A ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a proposta de construção social da APS os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades foram colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza, ou seja, uma resposta social articulada de forma inovadora e que se expressa num conjunto variado de tecnologias de intervenção (MENDES, 2015).

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a elaboração e o monitoramento dos planos de cuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde; a gestão de caso; os grupos operativos; o mapa de recursos comunitários; o autocuidado apoiado; e os novos

formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialistas e a atenção à distância.

Essa lógica de organização tem forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da APS que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofertem, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem, comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente e sem evidências de que a atenção especializada lhes agregue valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONASS. CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde. Brasília: 2014. 171 p.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.
- GUSSO, G.D.F. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2). São Paulo, Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.
- LOPES, J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- _____. 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.
- PORTER M, KELLOGG M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1: 1, 2008.
- RAND HEALTH. Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project, 2008.
- WAGNER EH et al. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q., 74: 511-544, 1996.

Passo 6 – Após a leitura, o grupo deve retomar os questionamentos propostos no Passo 3.

Passo 7 - Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese da pergunta-chave: “Por que organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?” para apresentação em plenário.

ATIVIDADE 5 – PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?



30 minutos

DESCRIÇÃO:

Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese elaborada a partir das questões propostas e da pergunta-chave do trabalho em grupo. O coordenador do plenário conduzirá a discussão e a sistematização da questão em estudo.

TARDE

DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS



15 minutos

DESCRIÇÃO:

Os facilitadores conduzirão uma dinâmica para aquecer os participantes no início da tarde.

ATIVIDADE 6 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: ANALISANDO OS EVENTOS AGUDOS E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



2 horas

DESCRIÇÃO:

Passo 1 - Nessa atividade, a turma continuará dividida em grupos de trabalho, conforme a atividade anterior. Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a):_____ e relator(a):_____.

Passo 2 – Vamos retomar às nossas personagens e cenários da Planificação. Na Oficina 1, conhecemos Ana, nossa gestante bem sucedida, que mora em Boa Esperança, um município organizado na perspectiva das Redes de Atenção. Depois conhecemos a história de Catarina, irmã de Ana, que está grávida e mora com os pais em Boa Fé, um município maior, que não conseguiu se organizar ainda. Hoje vamos conhecer Seu João, pai de Ana e Catarina, em busca de atendimento no posto de saúde Sinhazinha.

Mais um dia intenso no posto de saúde...



Seu João acordou bem cedo se sentindo mal com uma leve dor no peito, enjoo e suado. Hipertenso de longa data, sempre se consultava no posto de saúde da comunidade de Sinhazinha. Tomava os remédios que o Dr.

Ronaldo passava, mas, às vezes, esquecia e quando lembrava tomava logo o dobro de comprimidos para compensar.

A última vez que Seu João tinha ido ao posto para pegar seus remédios já fazia uns oito meses. Naquele dia, a moça da farmácia tinha orientado que ele pedisse à Agente Comunitária de Saúde (ACS) para levar seu remédio em casa, pois sempre tinha muita gente no posto, assim ele evitava ficar esperando e caso a receita perdesse a validade a ACS conseguia outra com o Dr. Ronaldo sem ele precisar ir. Dessa forma, Seu João passou os últimos oito meses.

No entanto, naquele dia o jeito era ir até o posto, pois Seu João já tinha ouvido falar que a “tal da virose” estava muito forte e atingia logo os idosos, então, era melhor se cuidar.

Ao chegar lá, a cena era a mesma de todos os dias. Muita gente aguardando na fila, a moça do acolhimento entregando a tão “famigerada” ficha e o povo desesperado em cima dela.

Seu João tinha ouvido falar na comunidade que as coisas até melhoraram um pouco depois que a equipe implantou o “acolhimento”, pois a moça entregava logo a ficha para os idosos, as crianças de colo, as gestantes e as pessoas com deficiência. Em seguida, a enfermeira chamava pela ficha e conversava com cada pessoa. Ela avaliava e dizia se o problema da pessoa era para ser atendido no dia ou se devia voltar de novo, mas tudo isso dependia do dia de atendimento da equipe. No posto de saúde Sinhazinha tem dia da criança, da gestante, do hipertenso, do diabético, de fazer o exame preventivo das mulheres, de se reunir com a equipe e de ir até a casa das pessoas. Como Dr. Ronaldo só atende 16 consultas por turno, tem muita gente que volta, mas alguns ficam agendados, principalmente se tiverem pressão alta ou diabetes.

E foi em um dia intenso de atendimento que Seu João chegou ao posto. Como ele tinha prioridade, pois já era um idoso de 65 anos, recebeu logo a ficha para ir se pesar e verificar a pressão. Na primeira sala, descobriu logo que a pressão não estava muito boa, então, lembrou que não tinha tomado o remédio há dois dias. Depois ele foi conversar com a enfermeira Luciana. Não conseguiu nem sequer dizer o que estava sentindo, pois logo entrou na sala a moça da ficha dizendo que tinha chegado uma criança com muita febre e vomitando. A enfermeira pediu para o Seu João aguardar um pouco, enquanto ela avaliava a criança em outra sala.

As dores no peito foram aumentando, Seu João estava muito suado e com mal-estar. Como não havia se alimentado em casa, então, achava que estava fraco, com fome, resolveu pedir um pouco de chá à moça da limpeza. Quando tomou, não aguentou e vomitou na Sala do Acolhimento. A auxiliar de Enfermagem veio e perguntou ao Seu João o que ele estava sentindo. Após escutá-lo, o levou para

outra sala mais calma e explicou porque o atendimento estava demorando. Como o posto não tinha funcionado no dia anterior porque a equipe estava em um curso, as pessoas estavam furiosas, queriam atendimento a todo custo. Tinha uma gestante que era pra ter feito o pré-natal e veio hoje, mas não é dia desse tipo de atendimento no posto. A Dona Marizinha, que mais parecia “freguesa” do posto porque todo dia vinha se consultar, estava fazendo confusão porque queria falar com Dr. Ronaldo. Muitos hipertensos queriam só a receita do remédio que tinha acabado. Alguns a enfermeira Luciana repetia os remédios, mas tinha outros que só podiam ser assinados pelo médico. Além do fato de ser um período de muitas viroses, inclusive, de Dengue. Muita gente com mal estar, dor no corpo, febre, dor de cabeça, enfim, o posto de saúde Sinhazinha estava superlotado todos os dias.

Na outra sala, Seu João ficou mais tranquilo, estava longe das gritarias do acolhimento. Como a auxiliar de Enfermagem não avisou a enfermeira Luciana que tinha mudado Seu João de sala, a enfermeira deu continuidade à chamada das fichas.

Seu João, enquanto aguardava, resolveu sair do posto e tomar um pouco de ar. A dor no peito estava aumentando e isso começou a lhe incomodar muito. Lá fora ele encontrou seu amigo Luiz, que trabalhava como mototaxista. Disse que estava se sentindo mal, o posto estava cheio e achava melhor procurar outro lugar. Foi, então, que Luiz lhe falou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde o atendimento era mais rápido. Seu João resolveu ir com o amigo até lá.

Chegando à UPA, Seu João fez a ficha na recepção e aguardou ser chamado para a triagem. Enquanto isso, as dores e a vontade de vomitar aumentavam. Ao ser atendido pela enfermeira, esta o classificou como risco laranja. Em seguida, foi atendido pelo médico, que solicitou um eletrocardiograma. Com o resultado do exame, o médico fechou o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Seu João foi direcionado para a Sala Amarela da UPA, enquanto aguardava a autorização para internamento hospitalar. Enquanto isso, Luiz avisou à família dele o que estava acontecendo.

Seu João passou três dias na UPA aguardando um leito hospitalar. Foi transferido para o Hospital de Boa Esperança, onde sua filha Ana morava, porque lá era a referência para casos como o dele.

Após vários dias de tratamento, Seu João recebeu alta para retornar a sua casa, mas antes a equipe do hospital buscou contato com a equipe de Sinhazinha, no município de Boa Fé, e ao falar com Ronaldo e a enfermeira Luciana, explicou o estado do paciente, o plano de cuidados e pediu a eles que acompanhassem sua evolução.

Após o telefonema, Ronaldo e Luciana ficaram muito reflexivos. Já sabiam que a organização do serviço de saúde em Boa Esperança era exemplo para o Estado, pois trabalhavam na perspectiva de Redes de Atenção.

Mas será que um dia Boa Fé chegaria nesse patamar?

Passo 3 – Diante do caso, discuta no grupo as seguintes questões:

a) O que mais chamou a atenção do grupo em relação ao caso do Seu João?

b) Qual a avaliação do grupo acerca do acolhimento, agenda e programação da equipe de Ronaldo e Luciana?

c) De forma geral, como o grupo avalia a organização da atenção aos eventos agudos pela equipe de Sinhazinha?

d) Como o grupo avalia a organização da atenção às condições crônicas pela equipe de Sinhazinha?

e) Diante do caso, que macroprocessos precisam ser implantados no posto de saúde Sinhazinha?

Passo 4 - Os facilitadores farão o fechamento da atividade em plenário interno, sistematizando os produtos do trabalho em grupo.



CONSULTA AOS ANEXOS!

Para entender melhor por onde se deve iniciar a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, consulte as ações propostas nas matrizes dos anexos 1 e 2. Discuta com sua equipe no território e preencha as demais colunas.

ATIVIDADE 7 - EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



45 minutos

DESCRIÇÃO:

Será realizada uma breve exposição com o objetivo de possibilitar a compreensão sobre os macroprocessos relacionados à organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde.

6 ORIENTAÇÕES PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO



A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios por um período de 30 a 40 dias até a realização da próxima oficina. Nesse intervalo, as equipes aprofundarão a discussão dos temas abordados com o apoio da tutoria.

Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios, quando serão desencadeados os processos descritos abaixo para a organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas nas unidades de saúde:

- O gerenciamento dos processos para a atenção aos eventos agudos: avaliação inicial e classificação de risco; atendimento às pequenas urgências; atendimento às grandes urgências.
- A gestão da condição de saúde para as condições prioritárias: identificação do usuário; cadastro no acompanhamento da unidade; estratificação de risco conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas; organização dos processos de cuidado (linha de cuidado).
- A programação local da equipe, agenda de atendimento e monitoramento.

Considerando que a maioria dos processos supracitados demanda um tempo maior do que o período de dispersão entre uma oficina e outra para sua concretização, o status de alguns deverão ser apresentados na próxima oficina, conforme segue:

- A implantação/implementação do acolhimento na APS.
- A implantação da classificação de risco na APS.
- A identificação e estratificação de risco dos grupos prioritários: gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensos e diabéticos, conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas.
- A programação para os grupos prioritários, conforme parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas.
- A agenda local para atenção aos grupos prioritários.

Lembre-se que antes da realização da próxima oficina, as equipes devem entregar ao Tutor um relatório sobre os produtos e preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

7 AVALIAÇÃO DA OFICINA



É chegada a hora de avaliar a Oficina. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre o dia de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos. Obrigada por contribuir!

ANEXOS

ANEXO 1 – MATRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

MATRIZ 1.1 – O ACOLHIMENTO

OBJETIVO	Implementar o acolhimento na Atenção Primária à Saúde
PRODUTO	100% dos usuários acolhidos adequadamente pelos profissionais de saúde

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Cumprimentar cordialmente o usuário						
Perguntar qual a sua necessidade: - Caso relate um sinal ou sintoma clínico, cujo início tenha ocorrido em 24 a 72 horas, ou, com início há mais tempo, mas com piora neste período, encaminhar para realizar <i>classificação de risco</i> imediatamente - Nos demais casos, seguir as ações desta matriz						
Prestar as orientações necessárias						
Encaminhar ao profissional que poderá prestar o atendimento necessário						
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar						
Agradecer o comparecimento à UBS						
Preencher os formulários necessários						

³ Matrizes extraídas da Oficina – Os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará, sob consultoria de Maria Emi Shimasaki. Ceará, 2015.

MATRIZ 1.2 – A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO	Implementar a classificação de risco na Atenção Primária à Saúde
PRODUTO	100% dos usuários com eventos agudos com classificação de risco, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Cumprimentar cordialmente o usuário (salvo se o usuário chegar em situação de gravidade extrema. Ex: parada cardiorrespiratória ou choque. Neste caso, proceder às ações previstas na classificação de risco - vermelha)						
Realizar a identificação segura do usuário						
Perguntar qual o problema o usuário apresenta						
Proceder a classificação de risco, segundo o problema apresentado, no tempo adequado, utilizando o protocolo estabelecido						
Realizar as orientações necessárias ao usuário de acordo com a classificação de risco						
Realizar os procedimentos necessários, no tempo adequado, conforme a classificação de risco, segundo o protocolo estabelecido						
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar						
Preencher os formulários necessários						

MATRIZ 1.3 - O ATENDIMENTO AOS CASOS CLASSIFICADOS COM RISCO VERMELHO E AMARELO

OBJETIVO	Atender os usuários classificados como vermelho e amarelo, no tempo estabelecido e de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco
PRODUTO	100% dos usuários com eventos agudos classificados como vermelho e amarelo, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Checar a identificação segura do usuário						
Levar o usuário imediatamente para a sala de urgência, ou espaço onde possa prestar o atendimento necessário						
Realizar os procedimentos necessários, conforme o protocolo estabelecido						
Demandar o SAMU ou transporte sanitário adequado para a transferência do usuário para o ponto de atenção necessário para a resolução do problema						
Realizar a comunicação adequada para o ponto de atenção adequado para onde o usuário será transferido						
Preparar o usuário para que seja transportado de forma segura, portando as informações necessárias para o seguimento no ponto de atenção para o qual será transferido						
Preencher os formulários necessários						

MATRIZ 1.4 - O ATENDIMENTO AOS CASOS CLASSIFICADOS COM RISCO VERDE E AZUL

OBJETIVO	Atender os usuários classificados como verde e azul, no tempo estabelecido e de acordo com o Protocolo de Classificação de Risco
PRODUTO	100% dos usuários com eventos agudos classificados como verde e azul, conforme o protocolo padronizado, no tempo adequado

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Checar a identificação segura do usuário						
Usuário classificado como verde: - Agendar a consulta médica, para o mesmo dia, de preferência para o turno que o usuário se encontra						
Usuário classificado como azul: - Agendar a consulta médica, caso haja disponibilidade para o mesmo dia. Caso não haja disponibilidade, para as próximas 24 a 48 horas, conforme o estabelecido no protocolo						
Realizar as orientações necessárias ao usuário						
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar						
Preencher os formulários necessários						

**ANEXO 2 – MATRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁴**

MATRIZ 2.1 – SUBPOPULAÇÕES-ALVO PRIORITÁRIAS

OBJETIVO	Conhecer as subpopulações-alvo prioritárias da área de abrangência
PRODUTO	100% dos usuários com condições crônicas identificados e cadastrados no acompanhamento, de acordo com as metas progressivas definidas

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de conhecimento da população	Discutir o texto de referência e o instrumento de levantamento e registro das subpopulações-alvo					<ul style="list-style-type: none"> ▪ As Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), pág. 85 ▪ Diretrizes clínicas da SES ▪ Planilha de Programação, Aba: População-alvo
Dimensionar as subpopulações-alvo prioritárias	Levantar os dados cadastrais da população por faixa etária e sexo, por microárea e área de abrangência					
	Aplicar os parâmetros epidemiológicos para cálculo estimativo das subpopulações					
Analisar a cobertura de acompanhamento das	Levantar os dados de acompanhamento das subpopulações					

⁴ Matrizes extraídas da Oficina – As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – QualificaAPSUS Ceará, sob consultoria de Maria Emi Shimasaki. Ceará, 2015.

subpopulações-alvo prioritárias	Analisar a cobertura, calculando o percentual de subpopulação acompanhada em comparação com a estimada					
Organizar o registro das subpopulações-alvo	Registrar o usuário identificado com uma ou mais condições de saúde no prontuário					
	Lançar os dados pertinentes nos sistemas de informação correspondentes					

MATRIZ 2.2 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO	Estratificar por grau de risco os usuários das subpopulações com condições crônicas prioritárias
PRODUTO	100% dos usuários com condições crônicas prioritárias com estratificação de risco atualizada em todas as consultas de acompanhamento

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de estratificação de risco do usuário com condição crônica	Discutir os textos de referência e os instrumentos de estratificação de risco das condições crônicas prioritárias					<ul style="list-style-type: none"> ▪ O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012), pág. 154 ▪ Diretrizes clínicas da SES ▪ Instrumentos de estratificação de risco das condições prioritárias
Capacitar os profissionais de saúde sobre a estratificação de risco	Disponibilizar para os profissionais a estratificação de risco da gestante, criança menor que dois anos, hipertenso e diabético					
	Realizar capacitação para médicos e enfermeiros					
Realizar a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas prioritárias	Realizar avaliação do usuário com condição crônica, identificado nas subpopulações-alvo prioritárias, ou levantar os dados de consulta recente registrada no prontuário, desde que contenha os dados necessários para a estratificação					

	Solicitar os exames laboratoriais necessários para a estratificação de risco ou levantar resultados recentes (últimos 6 meses)					
	Realizar estratificação de risco conforme diretriz clínica, aplicando um <i>checklist</i> ou roteiro de referência					
	Registrar o resultado da estratificação de risco no prontuário do usuário					
Agendar os usuários para o acompanhamento	Agendar a consulta subsequente, médica ou de enfermagem, de acordo com a periodicidade estabelecida para cada estrato de risco					
	Realizar o aprazamento de todas as consultas previstas para o próximo ano de acompanhamento					
	Realizar agendamento dos usuários com alto ou muito alto risco no centro de atenção ambulatorial especializada					
Atualizar a estratificação de risco	Avaliar os critérios e atualizar a estratificação de risco em todas as consultas programadas e sempre que houver algum evento clínico de relevância					
	Registrar o resultado da estratificação de risco no prontuário do usuário					

Realizar análise das subpopulações-alvo prioritárias	Consolidar os usuários por estrato de risco das condições crônicas prioritárias					
	Calcular e analisar o percentual de usuários com estratificação de risco atualizada em relação ao total de usuários com a mesma condição de saúde					
	Analisar o quantitativo de usuários por estrato de risco em relação ao estimado pela prevalência epidemiológica desses estratos					

MATRIZ 2.3 – PROGRAMAÇÃO LOCAL

OBJETIVO	Realizar a programação local para as condições crônicas prioritárias
PRODUTO	Programação das condições crônicas realizada, com metas de acompanhamento definidas e pactuadas pela equipe, e equilíbrio do atendimento semanal

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de programação local para as condições crônicas prioritárias	Discutir os textos de referência e o instrumento de programação local para as condições crônicas prioritárias - a Planilha de Programação					<ul style="list-style-type: none"> ▪ O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012), pág. 397 ▪ Diretrizes clínicas da SES ▪ Instrumentos de programação – Planilha de Programação
Realizar a programação das equipes	Realizar reunião por equipe de saúde, reunindo todos os profissionais					
	Discutir os dados de cadastro da população, retomando o perfil demográfico discutido no diagnóstico local, e registrá-lo na planilha de programação por sexo, faixa etária e ciclo de vida					
	Registrar na planilha de programação os dados de acompanhamento das populações-alvo e analisar os cálculos sobre a subpopulação-alvo estimada - total e por estrato de risco, o					

	quantitativo de usuários acompanhados - total e por estrato de risco, e o percentual de cobertura de atendimento					
	Discutir as ações de acompanhamento propostas na planilha de programação, a partir da parametrização assistencial proposta pela diretriz clínica, e definir a meta para o ano subsequente					
	Discutir a distribuição de carga horária semanal disponível entre a atenção programada, as atividades de educação permanente e administrativas, e a atenção à demanda espontânea, verificando se há equilíbrio entre a carga horária destinada à atenção à condição crônica e ao evento agudo, realizando algum ajuste da meta programada, caso seja necessário para alcançar o equilíbrio inicial					
	Verificar o número médio de atividades programadas por semana para cada condição crônica, informação que será utilizada para a definição da agenda da equipe					
Discutir a demanda programada para a atenção ambulatorial	Verificar o número estimado de usuários com condições crônicas prioritárias, de alto ou muito alto risco,					

especializada	que devem ser encaminhados para a atenção ambulatorial especializada					
Discutir a demanda programada para o apoio diagnóstico	Verificar o número estimado de exames necessários para o acompanhamento das gestantes, hipertensos e diabéticos, programado a partir da parametrização assistencial definida nas diretrizes clínicas					
	Discutir com a coordenação municipal de Atenção Primária à Saúde a disponibilização de coletas necessárias					
Monitorar as informações da planilha de programação	Discutir mensalmente as informações da planilha de programação na reunião de equipe, atualizando o número de pacientes com condições crônicas, bem como a estratificação de risco					
Arquivar a planilha de programação	Arquivar adequadamente a planilha de programação, como documento oficial de gestão, registrando os dados da Capa e disponibilizando cópia para a elaboração das agendas pelas equipes					
Agendar revisão da programação	Agendar a revisão da programação após seis meses, a partir do monitoramento das agendas de atendimento definidas					

MATRIZ 2.4 – AGENDA LOCAL

OBJETIVO	Implantar a agenda de atendimento das equipes
PRODUTO	Agenda das equipes implantada e monitorada

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?	RECURSOS NECESSÁRIOS	DOCUMENTOS REFERÊNCIA
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de agenda de atendimentos	Discutir os textos de referência e o roteiro para organização da agenda de atendimentos					
Elaborar a agenda das equipes	Realizar reunião com toda a equipe para elaboração da agenda, dando sequência à programação da atenção aos crônicos e análise da atenção aos eventos agudos					
	Definir os horários de início e término do atendimento de cada profissional, assim como os intervalos para almoço					
	Levantar os dados de carga horária total e a disponível para o atendimento, educação permanente e atividade administrativa					
	Levantar a carga horária necessária para a atenção às condições crônicas prioritárias, a partir do cálculo da planilha de programação					

	<p>Extrair da aba “Agenda” na planilha de programação as atividades por semana, necessárias para atendimento de criança, gestante, hipertensos e diabéticos</p>					
	<p>Distribuir essas atividades nos horários de atendimento disponíveis, elaborando a agenda-espelho, validar e pactuar com todos os profissionais</p>					
Implantar a agenda de atendimento	<p>Discutir as regras de agendamento com os profissionais da unidade</p>					
	<p>Disponibilizar a agenda-espelho</p>					
	<p>Iniciar o agendamento de acordo com as regras definidas e agenda-espelho</p>					
Monitorar a agenda	<p>Verificar o cumprimento ou não do agendamento proposto, com periodicidade semanal, identificando as falhas e dificuldades</p>					
	<p>Discutir com a equipe e implementar as correções necessárias</p>					