



OFICINA

GESTÃO DO CUIDADO

GUIA DO PARTICIPANTE

JULHO | 2024



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO CEARÁ – SESA

Secretária de Estado da Saúde (SESA):

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Maria Vaudelice Mota

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde (SEVIG):

Antônio Silva Lima Neto

Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional (SEADE):

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI):

Carla Cristina Fonteles Barroso

Secretário Executivo Administrativo-financeiro (SEAFI):

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

Superintendente da Região de Saúde do Litoral Leste (SRLES):

Mere Benedita do Nascimento

Superintendente da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR):

Ícaro Tavares Borges

Superintendente da Região de Saúde do Sertão Central (SRCEN):

Antonio Weliton Xavier Queiroz

Superintendente da Região de Saúde do Cariri (SRSUL):

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

Superintendente da Região de Saúde de Sobral (SRNOR):

Mônica Souza Lima

Coordenadora de Atenção Primária à Saúde (COAPS):

Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Orientadora da Célula de Atenção Primária e Promoção da Saúde (CEPRI):

Juliana Alencar Moreira Borges

Orientadora da Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP):

Ana Valéria Escolástico Mendonça

Assessora Especial da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Sayonara Moura de Oliveira Cidade

Assessora Especial da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS):

Maria Ivone Ferreira Melo do Nascimento

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Presidente:

Fábio Baccheretti

Secretário Executivo:

Jurandi Frutuoso

Assessora Técnica:

Maria José de Oliveira Evangelista

Consultor:

Eugênio Vilaça Mendes

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS

Representante da OPAS no Brasil:

Socorro Gross

Coordenador de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas para a Saúde:

Julio Pedroza

Consultora Nacional de Capacidades Humanas para a Saúde:

Cristiane Gosch

UMANE

Superintendente Geral:

Thais Junqueira

Coordenadora de Projetos:

Fabiana Mussato

Monique Moura

ORGANIZADORES DO GUIA

Consultores:

Eliane Chomatas, Marco Antônio Bragança de Matos, Priscila Rabelo, Rubia Barra e Sandra Sperotto

Consultores Regionais:

Alzira Nery, Ademilde Machado Andrade, Leane de Carvalho Machado, Maria Ângela Leite Chaves, Marta Oliveira Barreto e Sandra Sperotto

*Imagem da capa: Adobe Stock

ETAPA (APS) 4 – GESTÃO DO CUIDADO

A etapa 4 da Planificação tem como tema “A gestão do cuidado” e visa compreender os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde, fundamentais para as discussões na APS sobre a organização das linhas de cuidado.

Segundo a "metáfora da Casa" proposta no Modelo da Construção Social da APS, na parede verde da casa se encontram os macroprocessos de atenção às condições crônicas. A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: a gestão da condição crônica de saúde; a gestão de caso das condições de muito alta complexidade; a estratificação de riscos; a elaboração e monitoramento dos planos de autocuidado; a gestão de riscos da atenção com foco na segurança das pessoas usuárias; a educação permanente dos profissionais de saúde; a educação em saúde das pessoas usuárias com foco no fortalecimento do autocuidado e utilizando tecnologias como grupos operativos, educação popular e outras; a introdução de novas formas de encontros clínicos como a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo e a atenção por pares; o matriciamento entre generalistas e especialistas; a atenção à distância; e a elaboração e o uso rotineiro do mapa de recursos comunitários (MENDES et al 2019).

A etapa 4 foi dividida nas seguintes oficinas tutoriais:

- 4.1 Estratificação de risco das condições crônicas;
- 4.2 Organização das linhas de cuidado;
- 4.3 Programação da atenção as condições crônicas;
- 4.4 A atenção aos eventos agudos.

4.1 A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Na construção social da APS, na parede verde da casa, dentre os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, encontra-se o processo de estratificação de risco (Figura 1).

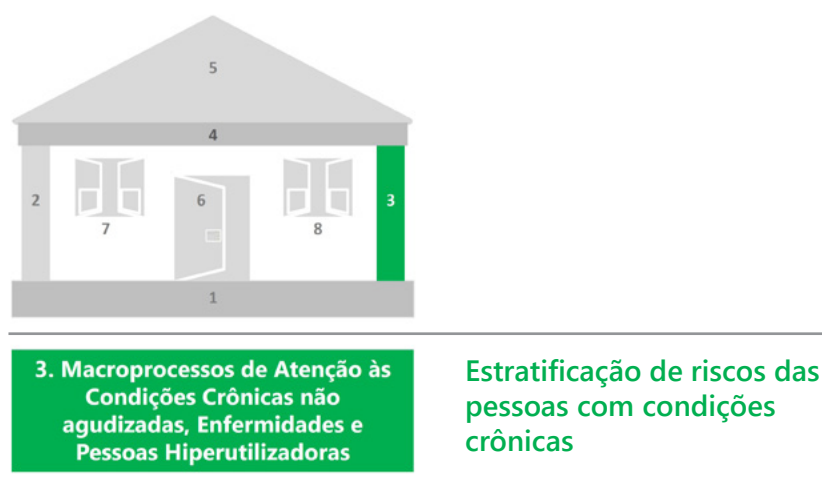


Figura 1 – Representação da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas na metáfora da construção social da APS



Figura 2 – Metas segurança do Paciente adaptada para a APS

Fonte: CONASS/CTQCSP/Centro Colaborador PAS Uberlândia, 2020

Nesta oficina tutorial vai ser discutida a gestão da condição de saúde, tecnologia da gestão da clínica proposta nos Níveis 3 e 4 do MACC, que, uma vez identificando as pessoas com condições crônicas e realizando a estratificação de risco, propõe a organização do cuidado com o manejo de acordo com o estrato de risco e a definição das metas terapêuticas, com vistas à estabilização clínica, metabólica e funcional.

Estaremos também nesta etapa trabalhando a Meta 2 da Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, adaptada para a APS (Figura 2). A escolha de trabalhar a meta 2 nesta etapa é o destaque que se quer dar a comunicação entre profissionais de saúde e dos mesmos com as pessoas usuárias.

Abaixo é apresentada a Matriz de Gerenciamento de Tutoria da Etapa 4.1, para APS, contendo objetivos, resultados esperados, a relação de atividades propostas, assim como todo material de apoio quando necessário.

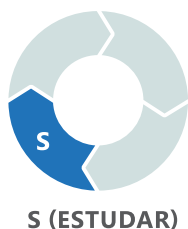
MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE TUTORIA – ETAPA 4.1 – APS GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Objetivo	Realizar a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas
Resultado esperado	Equipe apropriada sobre o conceito de condição de saúde e estratificação de risco das condições crônicas
Metas a serem alcançadas	100% das pessoas usuárias com condições crônicas prioritárias estratificadas por risco

ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS NA UNIDADE – MANHÃ

ATIVIDADE 1 – GIRO NA UNIDADE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Realizar visita técnica na Unidade de Saúde - Realizar giro na unidade de saúde com o objetivo de observar os processos já implantados nas oficinas tutoriais anteriores (territorialização, cadastramento e atualização da lista de registros coletivos) - Observar a organização dos processos de Acesso disparados na Etapa 3. (Permanecer na recepção no mínimo por uma hora e observar se houve alguma mudança nos fluxos da unidade de saúde: se existe fila para ser atendido; se já foi implantado o atendimento por blocos de hora e se sim se as pessoas estão chegando no horário marcado; se existem pessoas que não são atendidas no dia; que querem marcar consultas para renovar receitas; mulheres que querem agendar para fazer o exame preventivo; gestantes procurando agendar consultas; se as pessoas procuram a recepção para agendar retorno.	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS	Roteiro para o Giro da Etapa 4.1 na unidade de APS



ATIVIDADE 2 - AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA APS

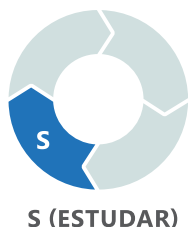


S (ESTUDAR)

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS: - Avaliar o percentual de cumprimento dos itens de verificação relacionados a Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3 e o percentual total, relacionados a construção da “casa da APS” - Discutir de maneira geral os itens com não conformidade, para uma compreensão ampla das melhorias necessárias para a APS - Discutir de maneira geral os itens com conformidade (“ótimo”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas - Rever os itens relacionados à Etapa 4. Obs.: As ações corretivas para os itens não conformes da Etapa 1, 2 e 3 serão discutidas e revisadas sendo mantidas no plano de ação	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS

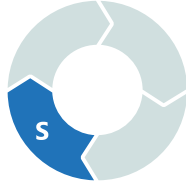
ATIVIDADE 3 – MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÃO DAS ETAPAS 1, 2 E 3 - 30 MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Realizar o monitoramento do plano de ação, verificando cada item da etapa anterior que ainda não foi concluído. • A realização da atividade planejada • O cumprimento do prazo • A conformidade com o planejado • A avaliação do resultado ou produto elaborado As ações propostas no plano de ação para a Etapa 3 deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados: • Balanço de atendimento semanal; • Processos de trabalho da recepção; • Fluxo de atendimento Durante a apresentação dos resultados do mapa de fluxo e ciclo de atendimento discutir os casos apresentados, considerando os gargalos, as atividades que impactam no fluxo. Solicitar que para esta apresentação eles desenhem um croqui da unidade e descrevendo o caminho que a pessoa usuária faz dentro da UBS. Questões a serem discutidas: • Quais os gargalos identificados no fluxo? • Quais suas possíveis causas e como fazer para superá-las? Quais processos não geram valor para os usuários? Existem possíveis etapas desnecessárias? Como fazer para eliminá-las? • Como ficam os novos fluxos?	Tutor Municipal	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Plano de Ação



OFICINA TUTORIAL - PERÍODO TARDE

ATIVIDADE 1 - MONITORAMENTO DOS INDICADORES - 30MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 S (ESTUDAR) - Indicadores de saúde da SESA e SMS - Indicadores da Planificação da Atenção à Saúde Rever as estratégias em casos de necessidade	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Equipe de saúde	Resultados dos indicadores Previne Brasil do último quadrimestre e Painel de Indicadores PAS

ATIVIDADE 2 - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS - 1H

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 PLANEJAR Realizar um resgate conceitual sobre o macroprocesso de atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras, Modelo de Atenção às Condições Crônicas e gestão da condição de saúde Questões a serem discutidas - O cuidado do usuário com condição crônica de acordo com: - Se a planilha de registro coletivo está sendo atualizada, verificando a qualidade dos registros acompanhando o quantitativo de usuários, faixa etária e outras informações; - Se todas as pessoas referidas com condições crônicas possuem confirmação diagnóstica e se foram atendidas pelo médico ou enfermeiro no último semestre - Se são acompanhadas conforme estrato de risco - Compartilhamento do cuidado dos usuários estratificados com alto e muito alto risco com a AAE - Monitoramento clínico-funcional com foco na estabilização das doenças crônicas	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Gerente da UBS Equipe de saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de apoio: Construindo os Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas

ATIVIDADE 3 - A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS - 1H

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Realizar alinhamento conceitual sobre estratificação de risco das condições crônicas Questões a serem discutidas • Apresentar as Nota Técnica ou Diretriz Clínica adotada para as condições crônicas priorizadas (gestante, crianças, idosos, hipertensão e diabetes), destacando a estratificação de risco • Discutir a capacitação dos profissionais para a estratificação de risco • Discutir estratégias para o início da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Notas Técnicas ou Diretrizes Clínicas Texto de Apoio: A estratificação de risco das condições crônicas



ATIVIDADE 4 - O ATENDIMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A META 2 DA SEGURANÇA DO PACIENTE 30 MIN

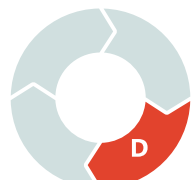
Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
Relembrar a Meta 1 da Segurança do Paciente – Identificação Segura Apresentar a Meta 2 da Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, que foi adaptada para a atenção primária Passar o vídeo da Meta 2 da Segurança do Paciente Questões a serem discutidas • Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais • Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais e as pessoas usuárias	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeo: Meta 2 da Segurança do Paciente Texto de Apoio: O atendimento das condições crônicas e a metas 2 da segurança do paciente



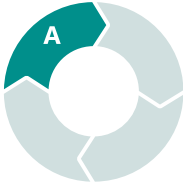
ATIVIDADE 5 - ELABORAR O PLANO DE AÇÃO – 30 MIN

	Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 PLANEJAR	- Incluir a elaboração dos novos fluxos da unidade de saúde - Incluir ações e metas para a estratificação de risco das pessoas usuárias com condições crônicas - Incluir ações sobre a implantação da Meta 2 da Segurança do Paciente - Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias - Incluir as ações para melhoramento dos indicadores de saúde	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Plano de ação

ATIVIDADE 6 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO

	Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 FAZER	Indicadores contidos no Plano de Saúde Municipal Implantar ações com o objetivo de melhorar o alcance das metas Estratificação de risco das condições crônicas - Verificar se a planilha de registro coletivo para estratificação de risco ou outro arquivo para registro utilizado pela equipe, está atualizada - Fazer a relação do número de pessoas na planilha de registro coletivo com o parâmetro de pessoas com condições crônicas relacionadas à população vinculada a unidade de saúde - Verificar se as pessoas listadas na planilha de registro coletivo ou outro arquivo adotado passaram por atendimento com o médico ou enfermeiro no último semestre - Organizar a participação de médicos e enfermeiros na capacitação para a estratificação de risco - Planejar estratégia para realizar a estratificação das pessoas com condições crônicas (gestante, crianças, idosos, pessoas com hipertensão e diabetes) - Planejar estratégias para a implantação da Meta 2 de Segurança do Paciente	Gerente da Unidade e Tutor da UBS	Equipe de saúde	

ATIVIDADE 7 - ENTREGAR O RESULTADO ESPERADO

	Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 AGIR	- Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; - Reavaliar estratégias para melhoria dos indicadores; - Inserir novas estratégias quando necessário	Gerente da Unidade e Tutor da UBS	Equipe de saúde	Resultados dos indicadores Previne Brasil do último quadrimestre Indicadores das etapas

MATERIAL DE APOIO DA ETAPA 4 APS

TEXTO DE APOIO - CONSTRUINDO OS MACROPROCESSOS DE ATENÇÃO AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Os macroprocessos de atenção às condições crônicas são propostos para responder às demandas que se caracterizam por atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades. Na construção social da APS estas demandas se concentram no perfil de oferta da atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidades e pessoas hiperutilizadoras (Figura 2).

Perfil de Demanda	Perfil de Oferta
Demanda por condições crônicas não agudizada	Atenção às condições crônicas não agudizadas, enfermidade e hiperutilizadores
Demanda por enfermidades	
Demanda por pessoas hiperutilizadoras	

Figura 2 – Perfis de demanda e perfil de oferta das condições crônicas

A organização deste macroprocesso, exige respostas sociais articuladas de forma inovadora e que se expressam num conjunto variado de tecnologias de intervenção e um modelo de atenção às condições crônicas.

O Modelo de Atenção das Condições Crônicas - MACC (Figura 2), utilizado pela Planificação da Atenção à Saúde, foi desenvolvido para ser aplicado ao sistema público brasileiro. Esse modelo baseia-se, como tantos outros, no Modelo de Condições Crônicas (CCM) (Mendes, 2012), mas agrega outros elementos para ajustá-lo às singularidades do SUS. A base do MACC é o CCM, mas, esse modelo de origem, foi expandido, com a incorporação de outros dois modelos – o Modelo de Pirâmide de Risco (MPR) e o Modelo da Determinação Social da Saúde, para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS (Mendes, 2012).

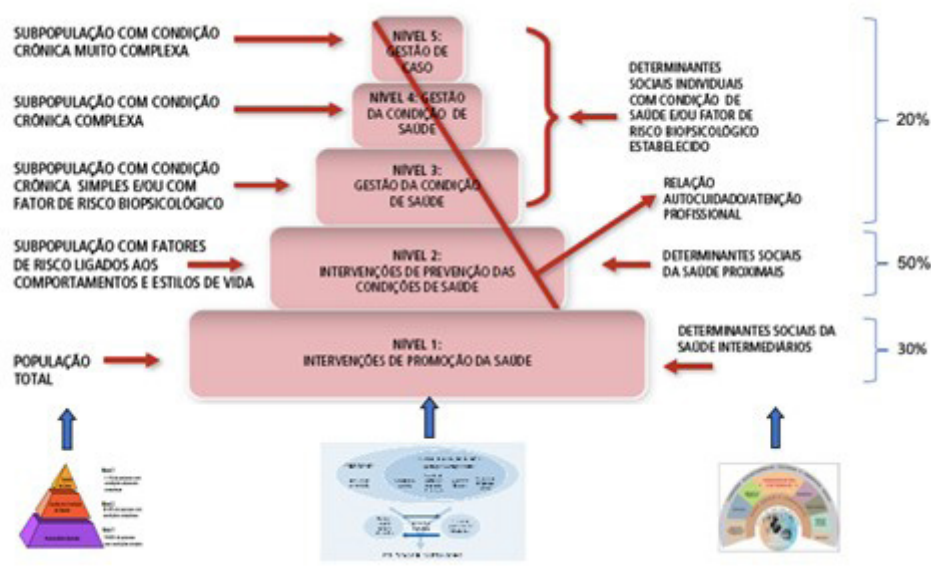


Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições
Fonte: Mendes, 2012

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica (Mendes, 2012).

As intervenções propostas pelo MACC incluem três pilares fundamentais para a atenção às condições crônicas de saúde, além dos pilares de promoção e prevenção citados antes: a estratificação de risco, o autocuidado apoiado e a estabilização, representada em desfechos clínicos favoráveis (MENDES, 2012). Eles são representados por um banco com cinco pés. Se um dos pés não tiver seus processos de trabalho organizados e implantados o banco não permanecerá em equilíbrio (Figura 3).

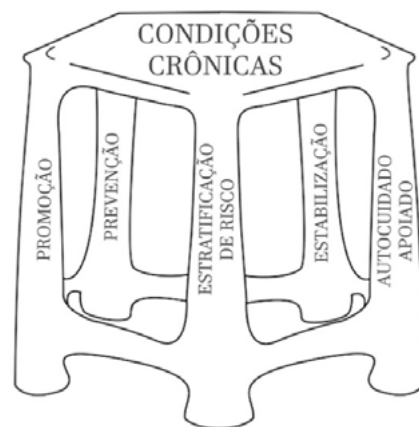


Figura 4 – Representação dos pilares das condições crônicas

Fonte: Eugênio Vilaça Mendes (mimeo)

O diagrama abaixo propõe uma releitura do MACC para evidenciar esses três elementos ou pilares fundamentais para o cuidado de pessoas com condições crônicas: o conhecimento da população, que inclui o cadastro e vinculação das pessoas às equipes de saúde, a identificação e confirmação diagnóstica das pessoas com condições crônicas e a estratificação de risco, considerando os determinantes sociais de saúde presentes no seu contexto de vida; (ii) as intervenções que organizam as linhas de cuidado, com foco na qualificação do manejo por estrato de risco e o monitoramento das metas terapêuticas para estabilização clínica; (iii) e o fortalecimento da capacidade de autocuidado.



Uma operacionalização eficaz do MACC requer que a programação inclua, de um lado, uma base atualizada de cadastro populacional, o dimensionamento das subpopulações com fatores de risco e o dimensionamento das subpopulações diagnosticadas com condições de saúde, por estrato de risco; de outro lado, requer o dimensionamento da capacidade operacional dos serviços dos vários níveis de atenção responsáveis pelas intervenções de promoção, prevenção, gestão da condição de saúde e gestão de caso.

Todo este processo inicia-se na territorialização onde são identificadas as pessoas com condições crônicas. Depois, estas pessoas, são estratificadas por risco e a partir de sua estratificação recebem o cuidado e o manejo adequado de acordo com as diretrizes clínicas. Para se manterem com suas condições crônicas estabilizadas é fundamental além do manejo adequado, que seja trabalhado o autocuidado apoiado, com a participação da equipe de saúde da atenção primária e da pessoa usuária.

Com relação as pessoas hiperutilizadoras, seu entendimento é importante do ponto de vista do sistema de atenção à saúde, pois normalmente elas ocupam muito a agenda das equipes. A identificação destas pessoas permite aplicar, a elas, modelos efetivos para seu manejo. Muitas vezes elas não precisam de consultas individuais e sim outras tecnologias de atenção.

REFERÊNCIAS

MENDES, E.V, EVANGELISTA, M. J., MATOS, M. A. B., BARRA, R. P. A construção social da atenção primária à saúde. 2.ed. – Brasília, DF: CONASS, 2019. 129P. Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/

MENDES, E.V. Desafios do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>

Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS. 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>

TEXTO DE APOIO: A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

O Modelo da Construção Social da APS propõe a organização dos macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, representados na parede verde da “Casa da APS”, o que inclui uma etapa importante do conhecimento da pessoa usuária: o processo de estratificação de risco (Figura 1).

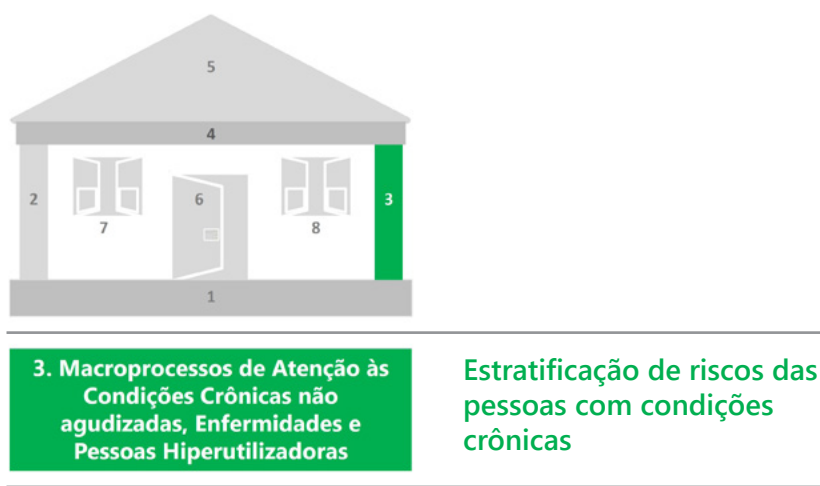


Figura 1 – Representação da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas na metáfora da construção social da APS

A estratificação de risco das pessoas e grupos populacionais é um componente fundamental para a compreensão e aplicação do MACC. Baseado no Modelo de Pirâmide de Risco (MPR) a população é subdividida em estratos de risco e vulnerabilidades na sua coluna da esquerda, considerando os determinantes sociais presentes no contexto de vida (coluna da direita) e a existência de fatores de risco e/ou condições crônicas já estabelecidas, com diferentes níveis de complexidade, possibilitando a definição de intervenções de cuidado profissional e de autocuidado. (MENDES, 2012).

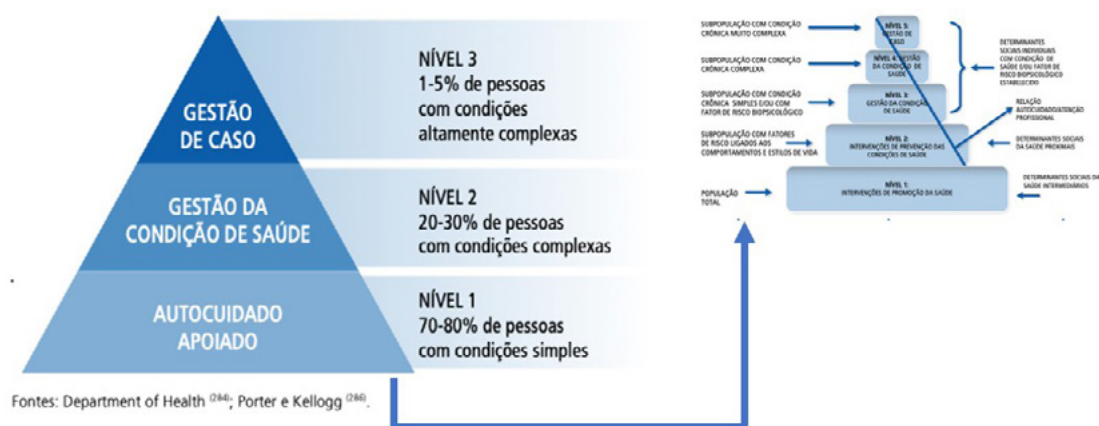


Figura 2 – Relação do MPR com o MACC
Fonte: Mendes, 2019

A Figura 2 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade:

- 70% a 80% estão no nível 1 e são caracterizadas por pessoas que apresentam condição simples;
- 20% a 30% estão no nível 2 e são caracterizadas por pessoas que apresentam condição complexa;
- 1% a 5% estão no nível 3 e são caracterizadas por pessoas que apresentam condição altamente complexa.

Os níveis 1, 2 e 3 do MPR foram adaptados para cinco níveis no MACC: a população geral, a subpopulação com fatores de risco ligados ao comportamento e estilo de vida, a subpopulação com condição crônica simples, a subpopulação com condição crônica complexa e a subpopulação com condição crônica muito complexa.

Nos dois modelos, a lógica de intervenção proposta é a mesma: promover a saúde de toda a população, de estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples, ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham uma condição complexa e manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas por meio da tecnologia de gestão de caso.

O MPR, em coerência com o espectro da atenção à saúde nas condições crônicas, divide, em dois grandes blocos a natureza do cuidado, o que é representado na Figura 3 pela linha AB.

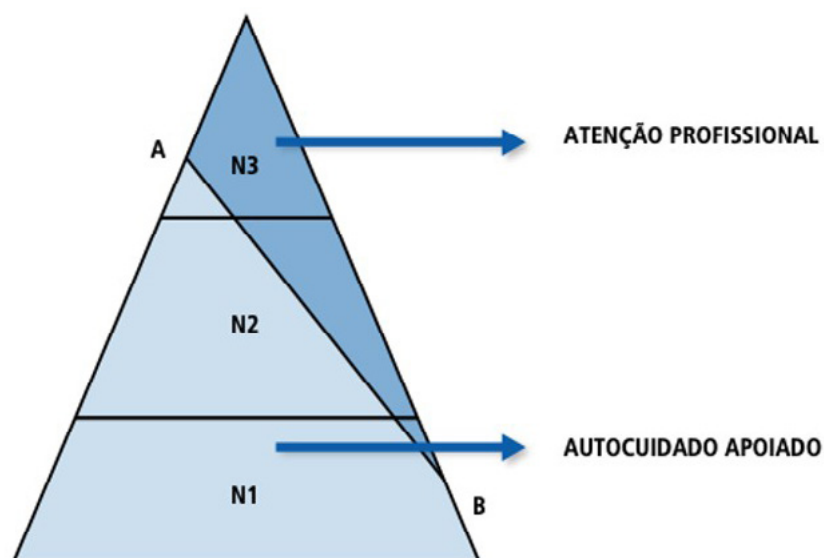


Figura 3 – Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado
Fonte: Brock, apud Mendes, 2012

A parte superior da linha AB significa a atenção profissional e a parte inferior da linha AB significa o autocuidado apoiado. Verifica-se então que, à medida em que se evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, modifica-se a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional. As condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado, e, ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional.

Os níveis de complexidade definem composições relativas entre os cuidados da APS, da atenção especializada e dos cuidados de generalistas e de especialistas. Além disso, têm influências na definição das coberturas de atendimentos pelos profissionais porque à medida em que a complexidade aumenta há uma maior concentração de cuidados profissionais especializados.

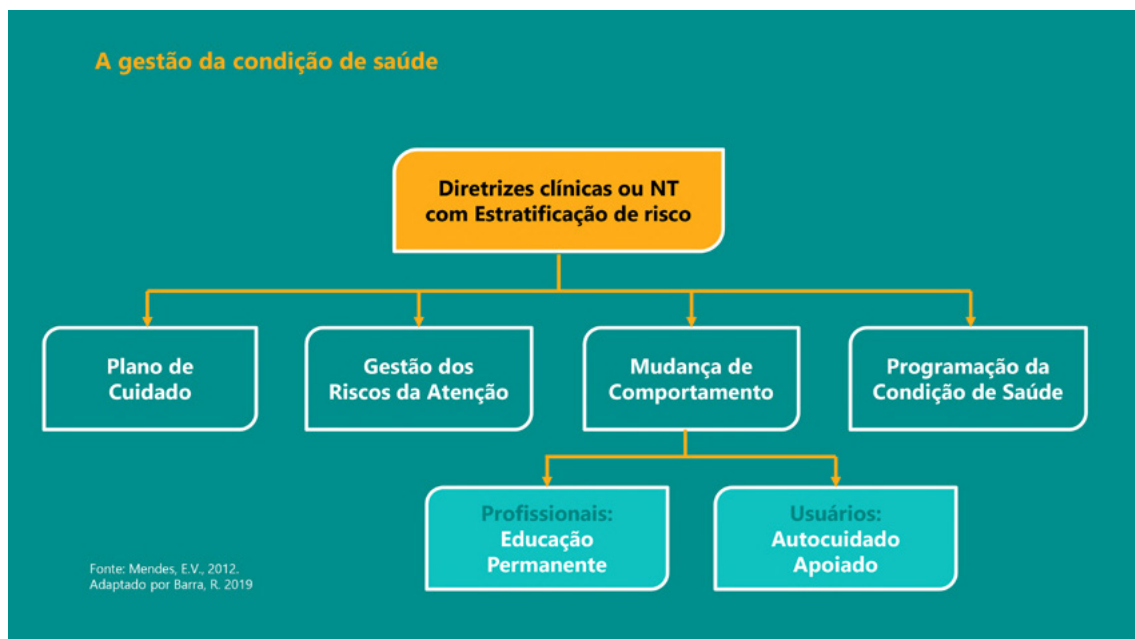
Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofertem, excessivamente, consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Por exemplo, no SUS, é rotineiro que os portadores de hipertensão de baixo e médio riscos estejam recebendo 6 consultas médicas e 6 consultas de enfermagem por

ano, o que não é necessário, segundo as evidências científicas. Essa sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da ESF. Ainda, é habitual essas pessoas serem encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente.

A aplicação do MPR no manejo das condições crônicas na atenção primária tem várias implicações práticas: a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional; a distribuição relativa da atenção profissional, por membros, na equipe multiprofissional; a distribuição relativa da atenção geral e especializada; e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde.

Para que o MPR seja implantado na rotina da clínica, é fundamental que as diretrizes clínicas relativas às condições crônicas, estratifiquem a população por estratos de riscos, como por exemplo: pessoas portadoras de hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, gestantes de risco habitual e de alto risco, pessoas idosas robustas, em fragilização e pessoas idosas frágeis.

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.



A gestão da condição de saúde é a tecnologia de gestão da clínica que é utilizada no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

Este modelo tem sido considerado uma mudança radical na abordagem clínica, porque ele se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão de caso é um processo cooperativo que se desenvolve entre o profissional (o gestor de caso), a pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social, visando planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados, bem como coordenar a atenção à saúde de acordo com as necessidades da pessoa. Assim, objetiva-se propiciar uma atenção de qualidade e humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

REFERÊNCIAS

Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS. 2012. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>

TEXTO DE APOIO – O ATENDIMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A META 2 DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Implementar práticas de segurança do paciente na atenção primária à saúde (APS) são desafios para reduzir a um mínimo aceitável de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde frente à população do território. Estruturar os macros e microprocessos da APS e fortalecer as linhas de cuidados centradas na pessoa e família, com equidade e integralidade de forma segura, contribui para o desenvolvimento da Cultura de Segurança nas unidades de saúde.

A Meta 2 da Segurança do Paciente – Melhorar a comunicação segura entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, foi adaptada para a atenção primária (Figura 1), a fim de prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação entre eles.

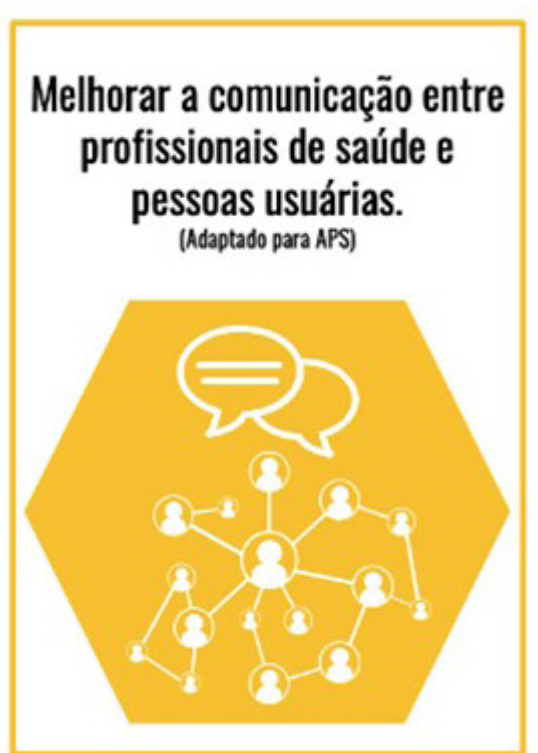


Figura 1 – Metas segurança do Paciente adaptada para a APS
Fonte: CONASS/CTQCSP/Centro Colaborador PAS Uberlândia, 2020

A importância da comunicação efetiva e do trabalho da equipe interdisciplinar de saúde é visto como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados aos indivíduos.

As falhas de comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias têm sido um dos principais fatores que contribuem para as ocorrências dos eventos adversos e consequentemente a diminuição da qualidade dos cuidados.

Comunicação efetiva é fazer com que toda a comunicação, seja ela, entre profissionais, profissionais e pessoas usuárias, equipes de saúde e serviços de saúde, sejam feitas de modo padronizado e estruturado, evitando-se a comunicação incompleta ou ambígua e perda de informações, especialmente aquelas que tem impacto no cuidado da pessoa usuária, tais como:

- Escuta ativa para melhorar a adesão ao tratamento
- Comunicação de resultados de exames
- Compreensão das prescrições e/ou orientações do cuidado
- Transmissão de cuidados e/ou orientações entre os pontos de atenção
- Registro correto no prontuário etc.

Com relação aos macroprocessos às condições crônicas para a Meta 2, destacamos as seguintes ações:

- Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais (prontuário do paciente preenchido corretamente, contendo todas as informações necessárias para o acompanhamento do usuário; informações sobre sua condição, de acordo com diretrizes clínicas; descrição detalhada do plano de cuidado e plano de autocuidado elaborado e metas pactuadas; registro no prontuário de forma adequada quanto à solicitação de exames de apoio diagnóstico, prescrição de medicamentos, compartilhamento do cuidado com a atenção ambulatorial especializada ou outro serviço, caso seja necessário; prescrição de forma legível com identificação da data de prescrição, assinatura e carimbo do profissional; preenchimento correto da caderneta da criança, cartão de vacina, cartão de gestante, caderneta do idoso, caderneta do adolescente e resultados de exames; descrever as datas das consultas programadas de acordo com a estratificação de risco.
- Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais e as pessoas usuárias (verificar sempre se a pessoa usuária teve compreensão das informações recebidas, validando as informações emitidas; orientar sobre a estratificação de risco da condição crônica e como será programado a continuidade do cuidado; verificar e esclarecer a percepção da pessoa

usuária e seus familiares ou cuidador sobre a sua condição de saúde; pactuar o plano de cuidado e plano de autocuidado, de forma a contribuir para a manutenção do equilíbrio dos pilares fundamentais da atenção às condições crônicas de saúde.

REFERÊNCIAS

CONASS. Guia Workshop 7 - Segurança do paciente na atenção primária à saúde. Guia do participante. Brasília. 2021



ANOTAÇÕES

Area for notes with horizontal dotted lines.

