

OFICINA

ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO

GUIA DO PARTICIPANTE

OUTUBRO | 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):

Tháís 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

OFICINA TUTORIAL 4.2 - ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO

Vamos relembrar: a Etapa 4 Gestão do Cuidado foi dividida nas seguintes oficinas tutoriais:

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.

Estamos agora na oficina 4.2 – organização das linhas de cuidados.

Na construção social da APS, dentre os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, um dos macroprocessos é gerenciamento das condições crônicas prioritárias, que se encontra na parede verde da casa da APS (Figura 1). Para atuarmos no gerenciamento das condições crônicas é fundamental a organização das linhas de cuidados referente a estas condições e a elaboração e monitoramento do plano de cuidado.



Figura 1 – Representação do gerenciamento das condições crônicas e plano de cuidado na metáfora da construção social da APS

Nesta oficina tutorial vai ser discutida a organização das linhas de cuidados que é conjunto de recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, ao longo de toda a sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS.

O plano de cuidado se destaca como uma tecnologia fundamental colocando a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde.

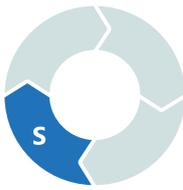
A seguir pode-se ver a Matriz de Gerenciamento de Tutoria da Etapa 3, para APS, contendo objetivos, resultados esperados, a relação de atividades propostas, assim como todo material de apoio quando necessário.

MATRIZ DE GERENCIAMENTO DE TUTORIA – ETAPA 4.2 – APS GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE A ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADOS

Objetivo	Organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas
Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe apropriada para a organização das linhas de cuidado • Realização da atenção contínua para as pessoas com condições crônicas de alto e muito alto risco na APS • Plano de cuidado implantado para as pessoas com condições crônicas de alto e muito alto risco
Metas a serem alcançadas	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco que passaram pela atenção contínua • Percentual de pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas como alto e muito alto risco com plano de cuidado elaborado • Percentual idosos frágeis, pessoas com diabetes e hipertensão de alto risco, gestantes e crianças de alto risco com plano de cuidado

ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS NA UNIDADE – MANHÃ

ATIVIDADE 1 – GIRO NA UNIDADE

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar visita técnica na Unidade de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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) <p> S (ESTUDAR) Observar o como está acontecendo a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os profissionais foram capacitados? • Já iniciou a estratificação de risco? • Existe estratégia para melhorar a cobertura da estratificação de risco? • Os profissionais estratificam as pessoas com condições crônicas em cada consulta? • Estas informações são registradas no prontuário? <p>Essas observações são subsídios na discussão de monitoramento do Plano de Ação na oficina tutorial com a participação da equipe</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SESA e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p>	<p>Roteiro para o Giro da Etapa 4.2 na unidade de APS</p>

ATIVIDADE 2 - AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA APS

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>S (ESTUDAR)</p> <p>Analisar o consolidado da avaliação dos macroprocessos da APS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o percentual de cumprimento dos itens de verificação relacionados a Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3, 4.1 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 (“concluído”), para uma compreensão das melhorias já alcançadas • Rever os itens relacionados a Etapa 4.2 <p>Obs.: As ações corretivas para os itens não conformes da Etapa 1, 2, 3 e 4.1, serão discutidas e revisada sendo mantidas no plano de ação</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SESA e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p>	Instrumento de avaliação dos macroprocessos da APS

OFICINA TUTORIAL - PERÍODO TARDE

ATIVIDADE 1 – MONITORAMENTO DO PLANO DE AÇÃO DAS ETAPAS 1, 2, 3, 4.1 E 4.2 - 30 MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar o monitoramento do plano de ação, verificando cada item da etapa anterior que ainda não foi concluído.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A realização da atividade planejada • O cumprimento do prazo • A conformidade com o planejado • A avaliação do resultado ou produto elaborado <p>As ações propostas no plano de ação para a Etapa 4.1 deverão ser discutidas, apresentando os resultados encontrados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitação dos profissionais para a estratificação de risco • Estratégias para o início da estratificação de risco das pessoas com condições crônicas • Número e percentual de pessoas com condições crônicas estratificadas por risco <p>Questões a serem discutidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os profissionais de nível superior foram capacitados para estratificar risco de crianças, gestantes, idosos e pessoas com hipertensão e diabetes? • Como aumentar a cobertura das pessoas com condições crônicas estratificadas por risco? 	Tutor Municipal	<p>Tutores da SESA e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Tutor Municipal</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Equipe de Saúde</p>	Plano de Ação



ATIVIDADE 2 - MONITORAMENTO DOS INDICADORES - 30MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores do Plano Municipal de Saúde • Indicadores da Planificação da Atenção à Saúde <p>Rever as estratégias em casos de necessidade</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SESA e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Equipe de saúde</p>	<p>Resultados dos indicadores</p> <p>Relatório Municipal de Saúde do último quadrimestre da APS e Painel de Indicadores PAS</p>



ATIVIDADE 3 - ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADOS - 1H

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Realizar um resgate conceitual sobre o macroprocesso de atenção às condições crônicas não agudizadas, discutindo a importância da organização das linhas de cuidados</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • O conceito de linha de cuidado • A relação do gerenciamento das condições crônicas e estabilização destas condições • O plano de cuidado, que efetivamente, coloca a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde 			<p>Apresentação PowerPoint® Padrão</p> <p>Texto de Apoio: As linhas de cuidado das condições crônicas</p> <p>Texto de Apoio: O Plano de Cuidado</p> <p>Formulário para o Plano de Cuidado</p>
<p>Discutir o cuidado do usuário com condição crônica prioritária (gestação, criança, hipertensão arterial, diabetes mellitus, idosos e outras prioritárias), desenhando a linha de cuidado conforme nota técnica e evidenciando os momentos mais críticos:</p>  <p>PLANEJAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • captação; • diagnóstico; • estratificação de risco; • acompanhamento por estrato de risco (atendimentos individuais ou em grupo; utilização das tecnologias leves de cuidado); • procedimentos específicos, como o exame do pé diabético; • exames laboratoriais, gráficos e de imagem; • Compartilhamento dos usuários de alto e muito alto risco para a AAE; • Alta ou estabilização/ monitoramento. <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problematizar como se dá o atendimento da pessoa usuária com a condição crônica desde a captação até estabilização e monitoramento. <p>Após a problematização, apresentar o material sobre Linhas de Cuidado – Mapeamento de Processo referente as linhas de cuidados e fazer análise comparativa com o desenho desenvolvido pela equipe na discussão anterior.</p>	Tutor da UBS	<p>Tutores da SESA e Regional</p> <p>Coordenador Municipal da APS</p> <p>Gerente da UBS</p> <p>Equipe de saúde</p>	<p>Matriz - Linhas de cuidados</p> <p>Mapeamento de Processo</p>

ATIVIDADE 4 - A ATENÇÃO CONTÍNUA PARA O MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS - 1H

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>PLANEJAR</p> <p>Realizar alinhamento conceitual da tecnologia leve "A Atenção Contínua (AC)"</p> <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como organizar a Atenção Contínua na APS? • Quais as estratégias para o início da AC na unidade de saúde? 	Tutor da UBS	Tutores da SESA e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Texto de Apoio: O ciclo de Atenção Contínua Matriz de gerenciamento do ciclo de Atenção Contínua

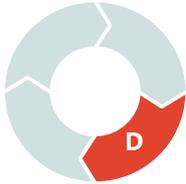
ATIVIDADE 5 - AS METAS 1 E 2 DA SEGURANÇA DO PACIENTE 30 MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>PLANEJAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relembrar a Meta 1 da Segurança do Paciente – Identificação Segura • Relembrar 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 <p>Questões a serem discutidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação segura do paciente em todos os setores de atendimento na UBS • Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais • Comunicação verbal efetiva das informações entre os profissionais e as pessoas usuárias • Monitoramento das ações realizadas referentes as Metas 1 e 2 	Tutor da UBS	Tutores da SESA e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de Saúde	Apresentação PowerPoint® Padrão Vídeos: Meta 1 Meta 2 da Segurança do Paciente

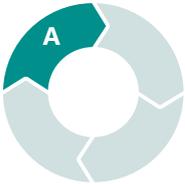
ATIVIDADE 6 - ELABORAR O PLANO DE AÇÃO – 30 MIN

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>PLANEJAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso necessário incluir as ações para melhoramento dos indicadores do Plano Municipal de Saúde • Incluir ações sobre organização das linhas de cuidado • Incluir ações sobre implantação da Atenção Continua 	Tutor da UBS	Tutores da SES e Regional Coordenador Municipal da APS Tutor Municipal Gerente da UBS Equipe de saúde da UBS	Plano de ação

ATIVIDADE 7 - AÇÕES MÍNIMAS A SEREM REALIZADAS NO PERÍODO DE DISPERSÃO

Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
<p>Monitoramento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento das ações com o objetivo de melhorar o alcance das metas • Monitoramento dos indicadores da Planificação <p>Organização das linhas de cuidados</p>  <p>FAZER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em reunião de equipe discutir o documento das linhas de cuidados, customizar para a realidade local e apresentar na próxima oficina tutorial • Organizar encontros para a apropriação da elaboração do plano de cuidado e estratégias para discussão interdisciplinar com a participação da eSF e eMulti • Organizar o primeiro Ciclo de Atenção Contínua na unidade de saúde 	Gerente da Unidade Tutor da UBS	Equipe de saúde	Matriz de gerenciamento do Ciclo de Atenção Contínua

ATIVIDADE 8 - ENTREGAR O RESULTADO ESPERADO

	Como	Quem?	Participantes	Material de apoio
 <p>AGIR</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar não conformidades persistentes e definir ações corretivas; Reavaliar estratégias para melhoria dos indicadores; Inserir novas estratégias quando necessário 	<p>Gerente da Unidade</p> <p>Tutor da UBS</p>	<p>Equipe de saúde</p>	<p>Resultados dos indicadores Previne Brasil do último quadrimestre</p> <p>Indicadores das etapas da Planificação</p>

MATERIAL DE APOIO DA ETAPA 4.1 DA APS

TEXTO DE APOIO - AS LINHAS DE CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Na construção social da APS, dentre os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, um dos macroprocessos é o gerenciamento das condições crônicas prioritárias, que se encontra na parede verde da casa da APS (Figura 1). Para atuarmos no gerenciamento das condições crônicas é fundamental a organização das linhas de cuidados referente a estas condições.



Figura 1 – Representação do gerenciamento das condições crônicas e plano de cuidado na metáfora da construção social da APS

O conceito de *linha de cuidado* se aproxima do conceito de linha-guia reproposto por Mendes, 2012: conjunto de recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, ao longo de toda a sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS.

O desenho de uma linha de cuidado normatiza o processo de atenção à saúde em três dimensões estritamente correlacionadas: a prática clínica de profissionais e equipes de saúde no cuidado longitudinal de usuários com condições crônicas, que deve se desenvolver de forma contínua e integrada; a organização dos pontos de atenção, apoio e logística, integrados verticalmente na rede de atenção para garantir a continuidade do cuidado; e a governança única, que articula, gerencia e financia o conjunto de intervenções de toda a rede de atenção. Um atributo deve ser comum a todas elas: a centralidade da pessoa usuária e suas necessidades de saúde (Figura 2).

Fluxo de atenção da gestante na APS

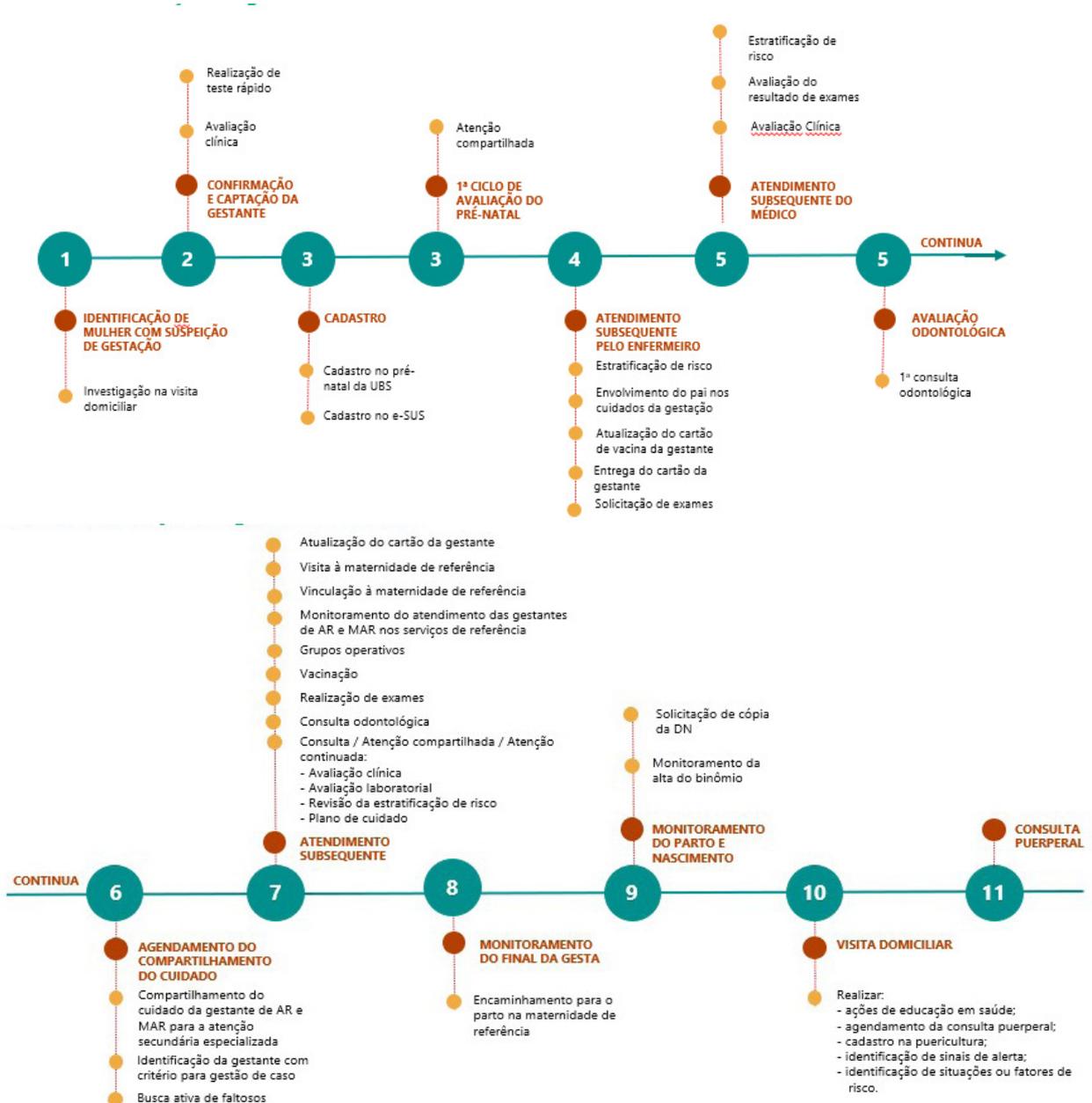


Figura 2 e 3 – Fluxo de atenção gestante na APS

Fluxo de Atenção a Criança no 1º Ano de vida na APS



Figura 4 – Fluxo de atenção a criança no 1º ano de vida na APS

Compreendendo a história natural de uma condição de saúde como a descrição da sua progressão na vida de uma pessoa – efeito dos determinantes sociais da saúde, no seu contexto de vida; exposição a fatores de risco específicos; início ou instalação; manifestação abrupta ou insidiosa de sinais e sintomas; evolução e duração no tempo; término ou persistência, expressando diferentes necessidades em saúde, a linha de cuidado deve definir o conjunto de ações de vigilância, promoção, prevenção, cuidado, reabilitação ou palição que respondem a essas necessidades em cada momento do seu curso. As intervenções de uma linha de cuidado descrevem, no nível micro, a prática clínica das equipes de saúde e, no nível macro, as competências dos pontos de atenção e sistemas de apoio e logísticos, assim como os fluxos de transição do cuidado na RAS.

A figura 3 apresenta, de maneira simplificada, a correlação entre o curso da história natural de uma condição de saúde e a linha de cuidado enquanto prática clínica e organização da rede de atenção.

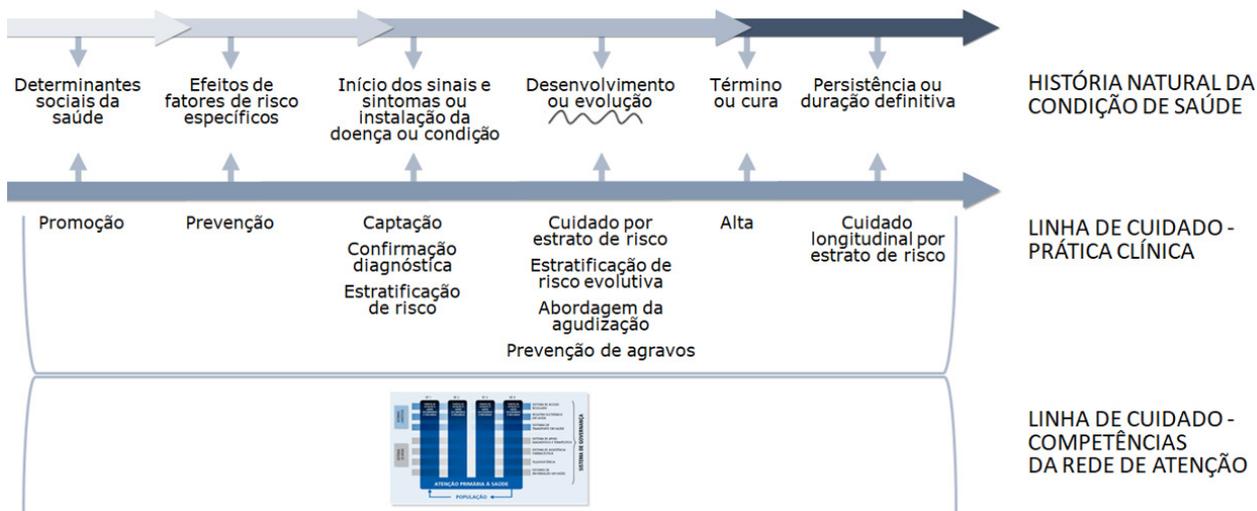


Figura 6 – História natural e linha de cuidado das condições crônicas. Fonte: Matos, 2022

Os processos de cuidado, se desenvolvidos em coerência lógica com a necessidade de saúde e com a qualidade esperada, geram valor para o usuário.

No entanto, como medir o valor gerado?

A coerência entre a história natural e a linha de cuidado da condição de saúde deve se estender a uma “linha de monitoramento”, composta por indicadores de estrutura, acesso, processos de cuidado, resultados intermediários e resultados finais capazes de demonstrar o valor gerado pelo conjunto de intervenções.

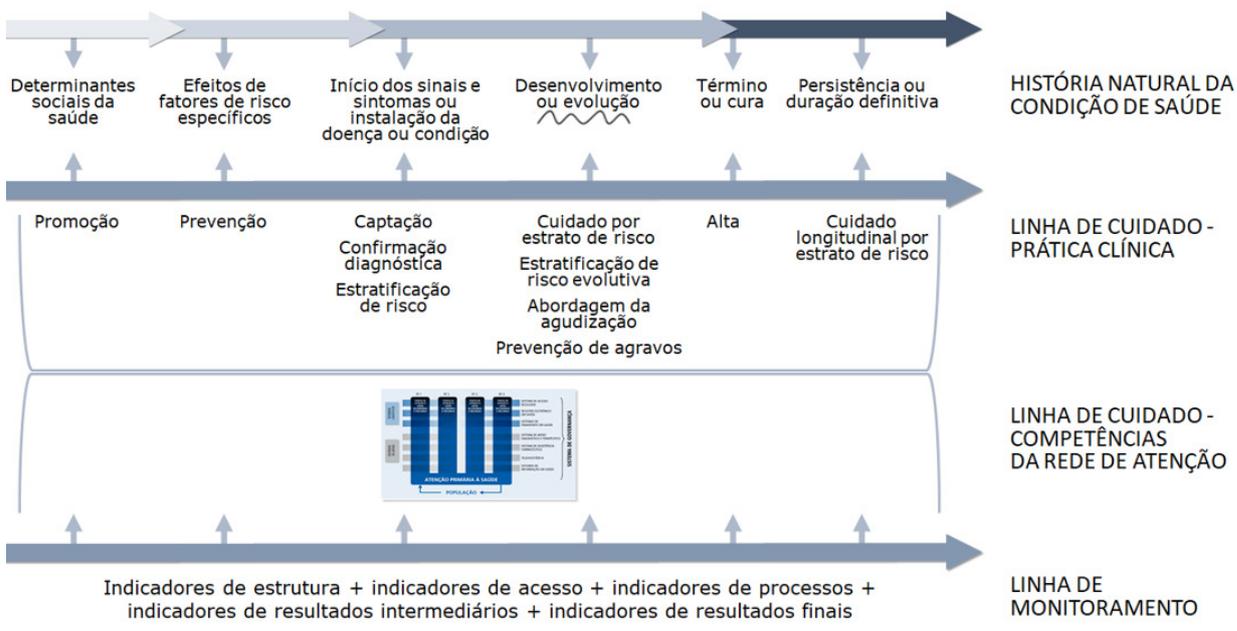


Figura 7 – A linha de monitoramento das condições crônicas. Fonte: Matos, 2022

Podemos citar alguns pilares fundamentais da atenção às condições crônicas de saúde, a estratificação de risco, o autocuidado apoiado e a estabilização, que alinhadas possibilitam desfechos clínicos favoráveis.

Quando retomamos os três pilares fundamentais da atenção às condições crônicas de saúde, a estabilização é um destes pilares e podemos facilitar desfechos clínicos favoráveis, por meio da organização das linhas de cuidados.

REFERÊNCIAS

Mendes, EV. 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/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>

Matos, MAB, Evangelista, MJO, Mendes, EV. Ciclos de melhorias na atenção primária à saúde. CONASS Documenta, v.40. Brasília, DF. CONASS, 2022.

TEXTO DE APOIO: O PLANO DE CUIDADO

Pensando na estabilização das condições crônicas por meio da organização da linha de cuidado, a elaboração do plano de cuidado, torna-se essencial.

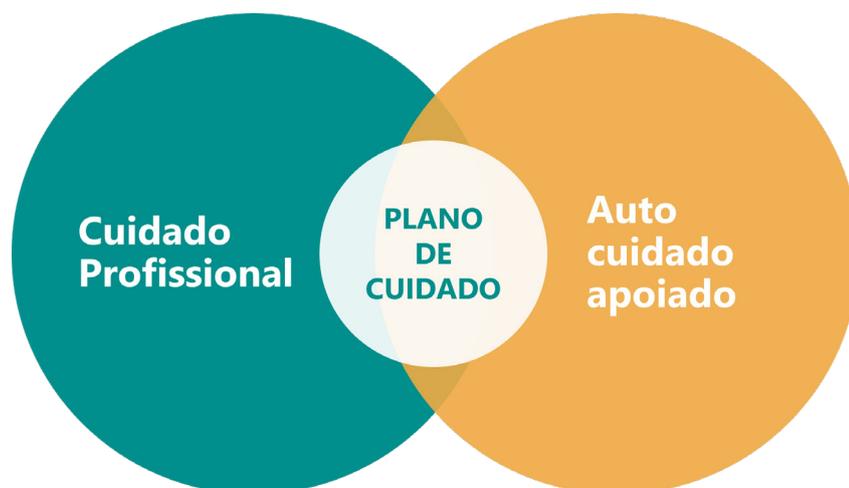
O plano de cuidado envolve vários momentos: o diagnóstico físico, psicológico e social; a explicitação das intervenções de curto, médio e longo prazos e a definição dos responsáveis por elas na equipe multiprofissional; a elaboração conjunta de metas a serem cumpridas; a definição dos passos para alcançar essas metas; a identificação dos obstáculos ao alcance das metas; as ações para superar esses obstáculos; o suporte e os recursos necessários para alcançar as metas; o estabelecimento do nível de confiança da pessoa usuária para alcançar as metas; e o monitoramento conjunto das metas ao longo do tempo (MENDES, 2012).

O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe da eSF, eMulti e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde. É ele que traz os elementos fundamentais para uma participação proativa das pessoas usuárias em sua atenção, que recolhe e acolhe seu grau de confiança em cumprir as metas definidas e que permite um monitoramento conjunto desse plano. Um plano de cuidado robusto deve ter três atributos: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz.

O Plano de Cuidado é o produto final da discussão realizada pela equipe de saúde. Deve acontecer após o ciclo da atenção contínua e também em outros momentos onde a pessoa usuária seja atendida. No caso do ciclo de atenção contínua, para elaborar o plano de cuidado os profissionais se reúnem em sala previamente definida no dia do ciclo, discute-se o melhor manejo para cada pessoa usuária, permitindo uma troca de saberes entre os profissionais em uma discussão interdisciplinar.

O plano de cuidado é parte fundamental do prontuário clínico, devendo estar escrito de forma clara e objetiva para o melhor entendimento da pessoa usuária. Ele envolve o cuidado profissional e o autocuidado desenvolvido por cada pessoa usuária.

PLANO DE CUIDADO



O Plano de Cuidado é o produto final da discussão realizada pela equipe da atenção primária, com a participação da pessoa usuária e nos casos mais complexos, com a participação dos profissionais especialistas. É o principal instrumento de comunicação entre a APS, AAE e pessoa usuária.

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/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude/>

FORMULÁRIO PARA PLANO DE CUIDADOS

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do usuário:			
Nome social:			
Data de nascimento:	Idade:	CPF:	Cartão SUS:
Endereço:		Município:	Telefone:
UBS de origem	ESF	ACS (nome):	Prontuário:
Apoio familiar (nome)	(telefone)	Apoio comunitário (nome)	(telefone)

2. AUTOUIDADO

Letramento Funcional em Saúde (LFS):	<input type="checkbox"/> Inadequado	<input type="checkbox"/> Limitado	<input type="checkbox"/> Adequado
Adesão Terapêutica:	<input type="checkbox"/> Pouco aderente - intencional	<input type="checkbox"/> Pouco aderente - não intencional	<input type="checkbox"/> Aderente
Capacidade de Autocuidado:	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	
Estágio motivacional para mudança:			
Suporte Familiar:	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	
Suporte Social:	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	

3. LISTA DE PROBLEMAS

Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco; outros diagnósticos; complicações; alimentação, atividade física, tabagismo, álcool e outras drogas e fatores de risco modificáveis e não modificáveis; fatores de risco psicossociais; dor crônica, cuidados com a pele; saúde bucal; sono; outros problemas):

Problemas identificados pelo usuário:

4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO

Peso:	Estatura:	IMC:	Circunferências				Glicemia	
kg	cm		Abdominal:	Cefálica:	Torácica:	Panturrilha	Jejum:	Pós prandial:
			cm	cm	cm	cm	mg/dL	mg/dL
TAX:	PAD	PAS	FC	FR	Oximetria:		Se glicemia > 250 mg/dl	
°C	mmHg	mmHg	bpm	irpm	%		Glicosúria	
DUM	DPP	IG	IGC	BCF	UF		Cetonúria	
		sem	sem	bpm	cm		Dor	

Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):

EXAMES COMPLEMENTARES:

5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS / DIFICULDADES	PRIORIZAÇÃO*	RECOMENDAÇÕES

* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

6. MEDICAMENTOS

Alergia medicamentosa:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO	AQUISIÇÃO G / P *	ORIENTAÇÕES (armazenamento, administração, monitoramento com exames, outras)
	:				

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

7. INTERVENÇÕES CURATIVAS (ações direcionadas a problemas específicos)

8. INTERVENÇÕES DE CUIDADO PALIATIVO (ações direcionadas a problemas específicos)

PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS (PAC)

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE (DAV)

9. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES

10. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS PARA O AUTOCUIDADO APOIADO

	PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU (1 a 10) INTERESSE	GRAU (1 a 10) CONFIANÇA	APOIO NECESSÁRIO
P1						
P2						
P3						

11. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA

APS	RECOMENDAÇÃO	SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA	OBSERVAÇÕES

12. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS

APS	Data:	Hora:	AAE	Data:	Hora:
-----	-------	-------	-----	-------	-------

ASSINATURAS E CARIMBOS

Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados	
--------------------------------------------------------------------	--

TEXTO DE APOIO – O CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA (AC)

A equipe interdisciplinar da APS, deve ser competente para utilizar as novas tecnologias de atenção às condições crônicas.

A Atenção Contínua (AC) foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na APS. Ela foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, num mesmo turno de trabalho. É uma tecnologia prestada as pessoas com condições crônicas de saúde iguais ou similares, que apresentam um mesmo risco, se beneficiam do cuidado interdisciplinar e devem ser atendidos de forma individualizada, sequenciada e programada por profissionais da equipe multiprofissional. O produto deste atendimento deve ser o plano de cuidados elaborado de forma interdisciplinar e pactuado com cada pessoa (MENDES, 2012).



Frente ao fracasso (ineficácia e não efetividade) dos resultados da aplicação das tecnologias relacionadas ao modelo de atenção às condições agudas no cuidado dos cidadãos com condições crônicas, a “Atenção Contínua” justifica-se por sua capacidade em prover uma assistência adequada à multifatorialidade, à multidisciplinariedade e à cronicidade das condições abordadas, evitando assim a fragmentação do cuidado. Aliado a isso, evidências robustas da literatura apontam que essa tecnologia produz resultados mais eficazes e efetivos. Tem como objetivos:

- Prestar atenção multiprofissional sequenciada individual que propicie a abordagem holística por meio do cuidado

- interdisciplinar;
- Elaborar ou revisar os planos de cuidados realizados conjuntamente pela equipe de saúde e pelo cidadão;
- Melhorar os desfechos clínicos;
- Reduzir a utilização de serviços desnecessários;
- Aumentar a satisfação das pessoas usuárias;
- Aumentar a satisfação da equipe de saúde.

Esta tecnologia é adequada ao cuidado das pessoas usuárias com condições crônicas iguais ou similares, com o mesmo risco, no primeiro atendimento pós estratificação de risco.

Quando não for possível, utilizar para todas as pessoas com condição crônica, utilizar, no primeiro atendimento pós estratificação de risco, para os cidadãos com alto risco e muito alto risco.

Metodologia do ciclo de Atenção Contínua (AC)

- A implantação da AC exige um planejamento adequado da equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para as sessões em grupo. As equipes devem se preparar com base no exame dos prontuários clínicos e nos registros de pessoas usuárias por condições de saúde, construídos por estratos de riscos. Os prontuários clínicos e os planos de cuidados dos participantes devem ser revistos previamente pela equipe de saúde.
- A metodologia proposta para se realizar a AC, se dá com a participação da equipe da atenção primária (médico de família, enfermeiro, cirurgião dentista, ACS), profissionais da equipe multiprofissional da APS (educador físico, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e farmacêutico).
- É fundamental reservar horário na agenda dos profissionais para a AC, o que pode ser por turnos de trabalho que são previstos para todo o ano em função do número de pessoas estratificadas como de alto e muito alto risco que aceitaram participar desse tipo de atendimento. Por exemplo, a manhã das quartas-feiras de todos os meses será dedicada à AC. O número de turnos pode ser obtido dividindo o total de pessoas com indicação para AC pelo número de consultórios ou espaços na UBS, podendo variar de 5 até oito, dependendo também do número de profissionais que irão participar. A equação ideal seria o mesmo número de pessoas usuárias, o mesmo número de profissionais e o mesmo número de consultórios ou salas disponíveis.
- Os participantes devem ser indagados sobre seu interesse em participar da AC durante a visita domiciliar mensal

do ACS. Quinze dias antes da AC as pessoas devem ser contatadas para confirmação de sua presença e comunicadas do horário de chegada à UBS. Em certas circunstâncias, exames complementares podem ser solicitados para estarem à disposição da equipe no dia da AC, por exemplo, a hemoglobina glicada para portadores de diabetes.

- As salas de atendimento individual e de grupo devem estar disponíveis para a AC no seu momento de realização.
- Cada consultório é ocupado por uma pessoa usuária, tornando este modelo virtuoso, onde quem rodizia são os profissionais.
- A atenção contínua é realizada com um grupo de pessoas, com estratificação de risco semelhantes, que atendem aos seguintes critérios:
 1. Usuários com condições crônicas estabelecidas, com fatores de risco alto e/ou muito alto, que apresentem razão, necessidade, capacidade e interesse para mudar os seus hábitos de vida;
 2. Pessoas com dificuldade de acesso a unidade de saúde;
 3. Pessoas com dificuldade de adesão ao plano de cuidado e controle da doença;
 4. Apresentar hemoglobina glicada HbA1c ≥ 8 nos casos de diabetes;
 5. Idosos frágeis com ocorrência de evento sentinela (quedas, internação, mudança de prescrição de medicamentos, viuvez recente).

Algumas ações preparatórias devem acontecer na Unidade de Atenção Primária à Saúde antes do dia do ciclo de atenção contínua:

- Enfermeira deverá selecionar juntamente com o médico, as gestantes de risco intermediário e de alto risco (ou pessoas com DM, HAS e Idosos frágeis), respeitando o critério de inclusão;
- Médico deverá solicitar os exames de patologia clínica conforme protocolo (dentro do mês da realização do ciclo);
- Após a seleção, a enfermeira irá informar a todos os profissionais da equipe multidisciplinar envolvidos, para que os mesmos se apropriem das informações clínicas e social dos usuários, consultando o prontuário;
- Os profissionais deverão reservar em sua agenda uma data e horário para para conversar com a pessoa usuária sobre o plano de cuidado (máximo 07 dias após a data do ciclo). No dia do ciclo a pessoa usuária já sai agendada para este encontro;

- O Assistente Social da APS deverá realizar uma visita domiciliar junto com o ACS para avaliar também durante a visita nos casos de pessoas com diabetes: o local de armazenamento da insulina (quando houver), se o paciente tem condições de se automedicar, se tem dificuldades visuais, o letramento em saúde, entre outros. Tais informações deverão ser repassadas à equipe a fim de assegurar um melhor manejo durante o ciclo de atenção contínua;
- O psicólogo deverá realizar uma avaliação do conhecimento do paciente acerca do seu estado de saúde por meio do entendimento das crenças, valores, conhecimentos e dos seus comportamentos, incluindo a severidade desta condição e a capacidade que o mesmo possui para o seu autocuidado e avaliação do processo de motivação para mudança (estágio de motivação para a mudança, no qual a pessoa se encontra). Com isso, haverá fortalecimento da autorresponsabilização e do compromisso, bem como a antecipação da prevenção de recaídas.
- Médico irá imprimir cópias do histórico de cada paciente (histórica clínica, medicações em uso) que será entregue aos profissionais no dia do ciclo;

Sugestão de cronograma do Ciclo da Atenção Contínua

Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
7:00		Chegada das pessoas usuárias na UBS
7:00	Enfermeira	Receber as pessoas usuárias, realizar aferição da pressão arterial e glicemia capilar.
7:00	ACS (Ordenador de Fluxo)	Colocar a identificação com o nome das pessoas usuárias e número dos prontuários na porta dos consultórios e organizar os resultados dos exames em cada consultório.
7:30	ACS (Ordenador de Fluxo)	Apresentar a metodologia para o grupo de usuários, colocar os crachás de identificação e direcioná-los para os consultórios determinados.
7:30	Equipe multidisciplinar Profissionais	<p>Dirigir para os consultórios se apresentando (nome e especialidade) para a pessoa usuária e iniciar o atendimento.</p> <p>Atendimento (Início do Ciclo) Registrar de forma clara, no prontuário, a conduta realizada.</p> <p>Registrar de forma clara, no prontuário, a conduta realizada.</p> <p>Obs: Caso a pessoa usuária necessite de nova receita, o médico de família deverá realizar a nova prescrição no momento do atendimento, imprimindo e entregando ao final. Imprimir a nova prescrição em duas vias, entregando a segunda via no momento da discussão, ao profissional que irá acompanhar a pessoa usuária.</p> <p>Após 15 minutos acontece o rodízio dos profissionais para atendimento dos demais usuários.</p>

Duração do Ciclo de atendimento –
Ex: Tempo do atendimento: 15min x7 pacientes = 1h 45

Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
7:30 as 9:30h	ACS (Ordenador de Fluxo)	Controlar os tempos e checar se todos os profissionais rodizaram

Atividades em grupos

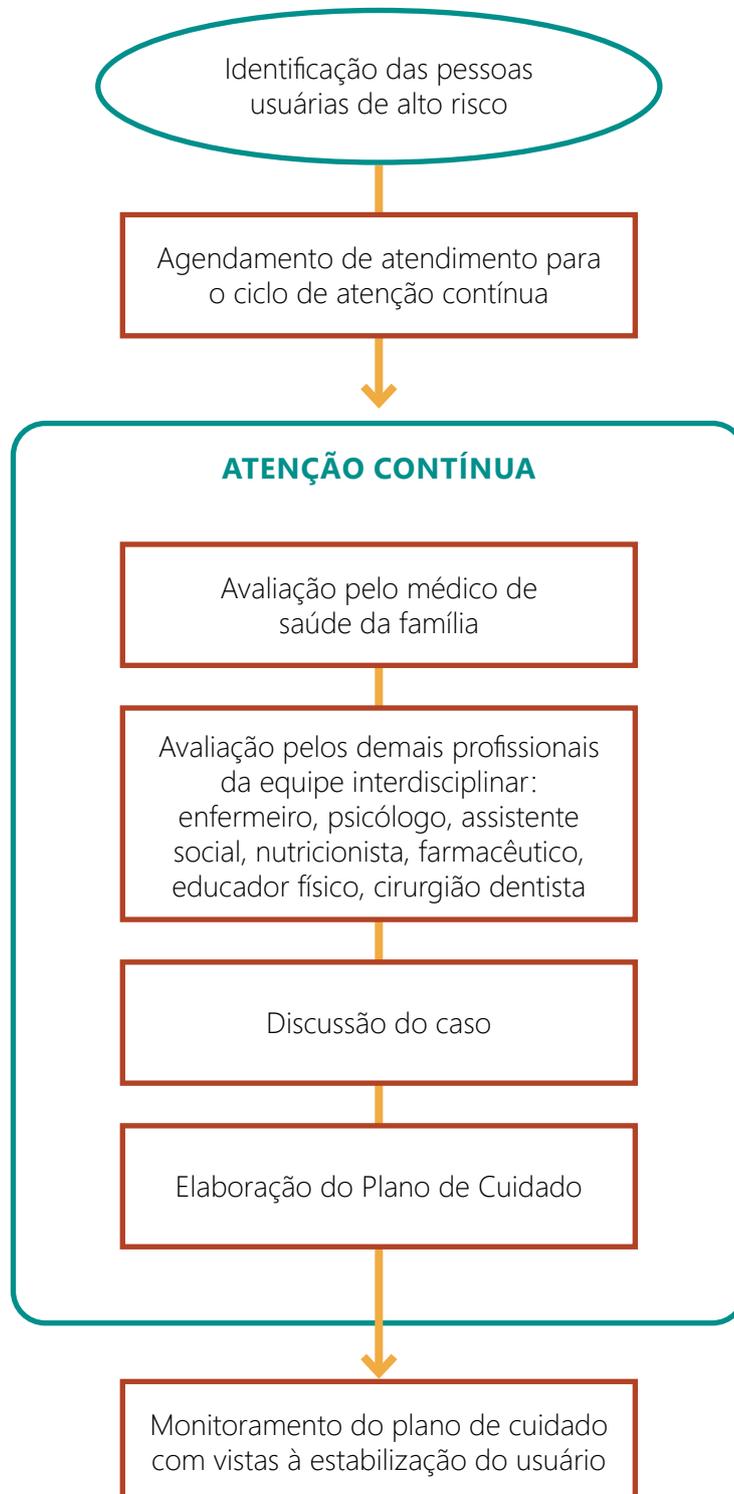
Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
9:30	ACS (Ordenador de Fluxo)	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar as pessoas usuárias à sala onde servirá um lanche. • O outro ACS escalado irá à sala de discussão do plano de cuidado, para registrar em um cartão individual a data e horário da consulta da pessoa usuária com o profissional responsável pelo seu acompanhamento. • Entregar o cartão com o agendamento da consulta a pessoa usuária e liberá-los.
9:30	Equipe multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir todos os profissionais na sala previamente definida. Momento de escolha dos profissionais que serão responsável pelo acompanhamento de cada pessoa usuária. Cada profissional deverá acompanhar apenas um usuário por ciclo. • No caso de idosos frágeis a discussão inicia-se com o IVCF-20. • O profissional já previamente identificado irá neste momento registrar as informações discutidas para posterior elaboração do plano de cuidado. • Todas as demandas identificadas como atendimento odontológico, encaminhamento para especialista, solicitação de exames deverão ser resolvidas neste momento. • Este momento está reservado para interação da equipe multiprofissional com foco na elaboração (em conjunto) de um plano de cuidado interdisciplinar. (Ex: Tempo - 10min x 7 pacientes = 1h 10)

Elaboração do Plano de Cuidado

Horário	Profissionais	Horário e atividades iniciais
10:40	Profissional responsável	<ul style="list-style-type: none"> Momento de escolha do profissional que se responsabilizará pelo acompanhamento de cada pessoa usuária. Esta escolha se dá a partir de especificidade clínica mais relevante ou mesmo por afinidade da pessoa usuária com o profissional. No Centro Colaborador PAS/Uberlândia os profissionais são chamados de “Padrinhos”, sendo os profissionais que ficarão responsáveis pela elaboração do plano de autocuidado apoiado, juntamente com a pessoa usuária. Elaborar o Plano de Cuidados baseando-se nas informações discutidas e nas condutas tomadas pelos profissionais. Utilizar como referência na elaboração do Plano de Cuidados a conduta registrada pelos profissionais durante o atendimento individual e a discussão com a equipe multiprofissional. <p>Competência do profissional responsável pelo acompanhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar a pessoa usuária em sua integralidade, verificando se está seguindo o plano de cuidado; Monitorar juntamente com o ACS de referência; Realizar visitas domiciliares, quando necessário; Verificar se os exames e atendimentos solicitados foram realizados.

A Figura 1 apresenta o exemplo de fluxograma para atenção contínua.

FLUXOGRAMA – CICLO DE ATENÇÃO CONTÍNUA



MATRIZ DE GERENCIAMENTO DO CICLO DE ATENÇÃO CONTINUA

O QUE?	COMO?	QUEM?	ONDE?	QUANDO?
Selecionar as pessoas usuárias	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes de risco intermediário e alto risco, Idosos frágeis, diabéticos e hipertensos de alto e muito alto risco Dificuldade de acesso a unidade de saúde Dificuldade de adesão ao plano de cuidado e controle da doença Sugestão de no máximo 5 pacientes 	Médico e Enfermeira	Na unidade de saúde	Na reunião mensal (um mês antes do ciclo)
Marcar a data e horário	<ul style="list-style-type: none"> Prazo máximo de um mês Determinar a agenda mensal dos ciclos até o final do ano Definir a agenda com tempo suficiente para convidar os usuários Definir o melhor horário 	eMulti		Na reunião mensal (um mês antes do ciclo)
Providenciar os convites para as pessoas usuárias	Providenciar o convite com esclarecimento sobre a atividade, dia e horário.	eMulti	Na unidade de saúde	20 dias antes da data do ciclo
	<ul style="list-style-type: none"> Fazer a entrega com 15 dias de antecedência Confirmar com dois de antecedência Esclarecer como vai acontecer a atividade Orientar sobre a importância de se chegar no horário Esclarecer o tempo de duração da atividade A importância de levar o acompanhante 	ACS	No domicílio	15 dias antes da data 2 dias antes da data
Bloquear as agendas dos profissionais	Por meio da agenda definida por 3 meses	Recepção	Na agenda do e-Sus	Assim que definir as datas
	Supervisionar o bloqueio da agenda	Recepção e profissionais	Na agenda do e-Sus	1 semana antes

Organizar o espaço na Unidade	Definir os consultórios para cada pessoa usuária	Enfermeira	Na unidade de saúde	Uma semana antes da atividade
	Distribuir os formulários em cada consultório	ACS	Na unidade de saúde	Meia hora antes do início da atividade
	Seguir o fluxo dos profissionais no dia do Ciclo	ACS	Na unidade de saúde	No dia do Ciclo
Acolher as pessoas usuárias	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar na recepção • Dar boas-vindas • Verificar se veio acompanhante • Posicionar na sala de espera ou sala de reunião • Verificar o horário da última alimentação 	Enfermeira e ACS	Sala de espera ou Sala de reuniões	Assim que chegarem na unidade de saúde
Explicar a Atividade para as pessoas usuárias	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a atividade • O fluxo dos profissionais • Como vai ser o processo, • O tempo de duração 	Enfermeira e ACS	Sala de espera ou Sala de reuniões	Esperar que a maioria chegue
Verificar os sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir pressão • Medir Glicemia no caso de pessoas com diabetes 	Enfermeira e ACS		
Direcionar as pessoas usuárias para os consultórios	Encaminhar cada paciente para um consultório, e um paciente para o consultório odontológico	ACS	Consultórios	Após a explicação das atividades
Realizar a avaliação individual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar cada paciente dentro de sua área específica de atuação; • Basear em plano de cuidado das diretrizes clínicas que orientam a atenção a condição crônica do paciente • Anotar em formulário próprio as informações da avaliação individual, as necessidades e as recomendações 	eSF e eMulti	Consultórios	A partir do início do Ciclo

Definir o profissional responsável	Discutir entre os profissionais que participaram do Ciclo quem acompanhará e vai monitorar o plano de cuidado do usuário	eSF e eMulti	Em 1 consultório	A partir do término do atendimento individual
Fornecer lanche	Disponibilizar lanche, principalmente se forem pessoas com diabetes	ACS	Sala de reunião	
Liberar as pessoas usuárias	Agendar a próxima consulta com o gestor do caso	ACS	Sala de reunião	Após definição do Gestor de Caso e organização do encaminhamento
	Organizar os encaminhamentos necessários de acordo com a necessidade de cada usuário	ACS	Sala de reunião	
Construir o plano de cuidado multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> Realizar reunião para compartilhar as informações da avaliação individual Levantar as necessidades de usuário Compartilhar as recomendações 	eSF e eMulti	Em 1 consultório	Após o término do atendimento individual
Arquivar os registros	<ul style="list-style-type: none"> Providenciar cópia do Plano de Cuidado Apoiado para o ACS Em caso do ACS não ter participado do ciclo, dar conhecimento ao mesmo 	Enfermeira	Consultório de Enfermagem	
Realizar o monitoramento do plano de cuidado	Realizar visita	ACS	No domicílio	Semanalmente
	Supervisionar os ACS	enfermeira	Na Unidade de Saúde	Mensalmente
	Agendar consulta com o profissional responsável pelo caso	ACS	Na Unidade de Saúde	Quando identificar não adesão ao Plano de Cuidado



ANOTAÇÕES

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



ANOTAÇÕES

Area for notes with horizontal dotted lines.



ANOTAÇÕES

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

