

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

17ª CRS

Participante: _____

RIO GRANDE DO SUL, 2019

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL- SES/RS

Secretária de Estado da Saúde: Arita Bergmann
Secretária Adjunta: Aglaé Regina da Silva

GRUPO GESTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Representantes do CONASS:

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Maria José de Oliveira Evangelista
Maria Zélia Soares
Marta Oliveira Barreto

Representantes da SES:

Equipe do Grupo Condutor Conforme a Portaria nº 171/2017

Organizadores DAS:

Diretora: Ana Lúcia Pires Afonso da Costa
Carla Daiane Silva Rodrigues
Janilce Dorneles de Quadros
Nathaniel Pires Raymundo
Poala Vettorato
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Solange Rosaura de Souza Brito
Tainá Nicola

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

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, além das causas externas, que só poderão ser respondidas 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.

2 OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

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.

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).

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h – 8h30	Acolhimento
8h30 – 8h45	Abertura da Oficina
8h45 – 9h30	Atividade 1 - Plenário: Dispersão da Oficina de Atenção Primária à Saúde
9h30 – 9h45	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde
9h45 - 10h	Vídeo: Acolhimento
10h – 10h15	Intervalo
10h15 – 11h15	Atividade 3 – Trabalho em grupo com plenário interno: Por que organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde? Leitura textos 1 e 2
12h15 – 12h30	Atividade 4 – Trabalho em grupo com plenário interno: respostas às questões norteadoras
12h30 – 13h30	Intervalo para almoço
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30 – 15h15	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenário interno: leitura e discussão do estudo de caso e realização do check-list
15h 15- 15h30	Intervalo
15h30 – 16h	Atividade 6 –Plenária Externa: Socialização das produções e discussões do dia
16h – 16h30	Atividade 7 – Exposição dialogada: A organização da Atenção aos Eventos Agudos e às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde
16h30 – 16h45	Vídeo: Experiências de Acolhimento
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

4 ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 3 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? LEITURA TEXTO 1 E 2.

1 hora



RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador 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.

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:

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

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** os termos identificados pelo grupo.

O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel e compartilhada a produção coletiva**.

A seguir, o grupo deve proceder à leitura dos textos de apoio, conforme orientado:



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.

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. Envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (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, como também na APS, que pode se estruturar por meio de respostas sociais reativas, episódicas e integradas.

Quadro - As diferenças entre as condições agudas e crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	rápido	gradual
Causa	usualmente única	usualmente múltipla
Duração	curta	indefinida
Diagnóstico e prognóstico	comumente acurados	usualmente incertos
Testes diagnósticos	frequentemente decisivos	frequentemente de valor limitado
Resultado	em geral, cura	em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	selecionar e prescrever o tratamento	educar e fazer parceria com as pessoas usuárias

Natureza das intervenções	centrada no cuidado profissional	centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	concentrados no profissional	compartilhados pelos profissionais e usuários
Papel da pessoa usuária	seguir as prescrições	co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	resposta reativa e episódica	resposta proativa e contínua

Fonte: Von Korff (1997); Holman e Lorig (2000); Organização Mundial da Saúde (2003); Lorig *et al.* (2006) - Mendes, 2011.

2 A DEMANDA DE EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na Oficina 3, 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 musculares, cefaleia (0,8%), vaginite/vulvite (0,7%), otite aguda, bursite/tendinite/sinovite, rinite alérgica (0,6%) (GUSSO, 2009).

A rede de atenção às urgências e emergências é 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 (amarelas, laranjas e vermelhas), 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 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na Atenção Básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento após a primeira escuta, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção imediata se faz necessária. Por outro lado, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. E a estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidades podem ser bastante úteis nesse sentido.

Um dos sistemas utilizados para classificação de risco na APS 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.

<p>Situação Não Aguda (COR AZUL):</p> <p>Condutas 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>
<p>Situação Aguda ou Crônica Agudizada</p> <p>• Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante) (COR VERDE): 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.</p> <p>• Atendimento prioritário (risco moderado) (COR AMARELA): 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.</p> <p>Condutas possíveis (COR VERMELHA): Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.</p>

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

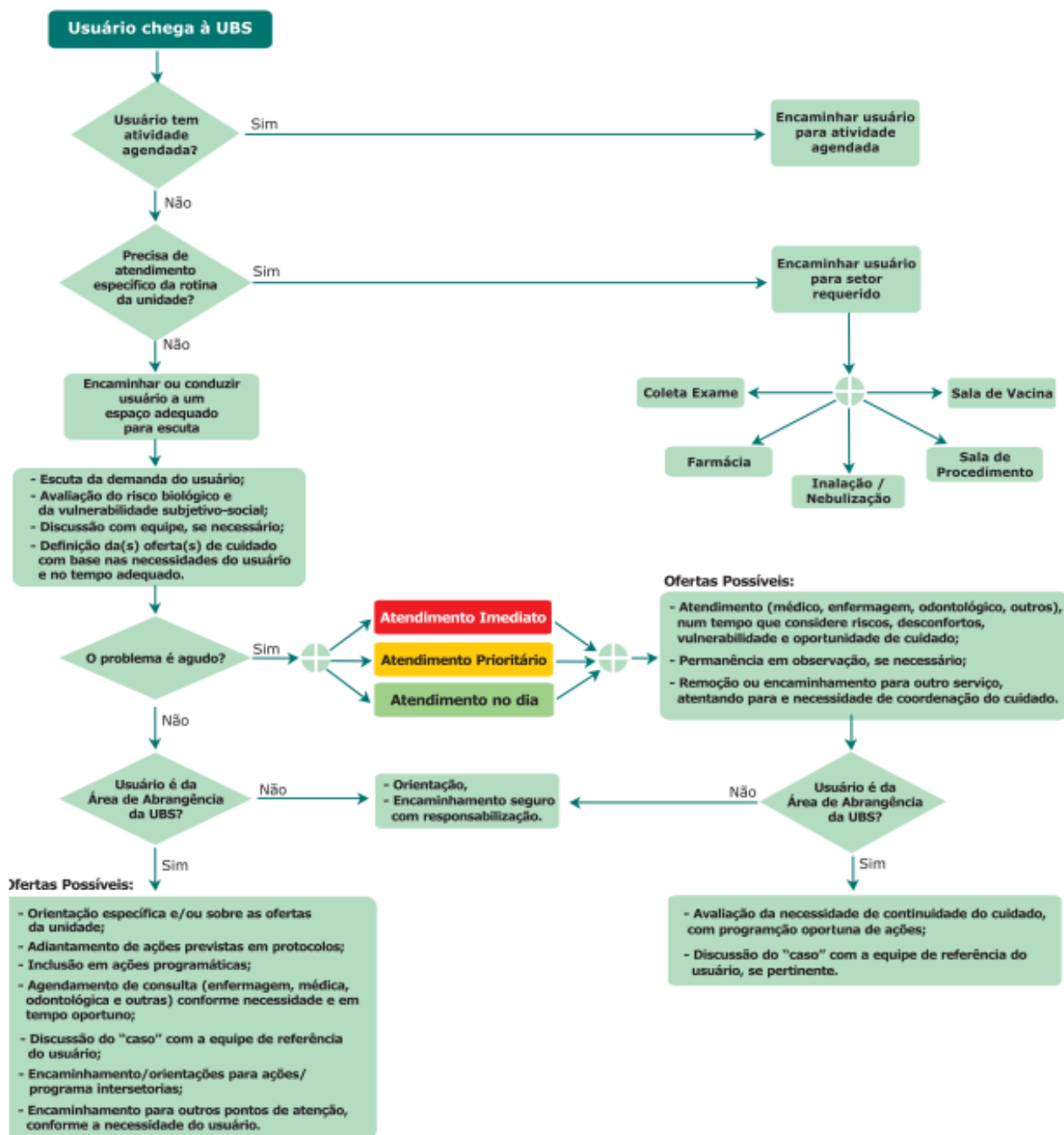
4. A ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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, humanizado e equânime. Significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores (MENDES, 2015). Para isso, é necessária a utilização de instrumentos de classificação de risco, a exemplo do **Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica nº 28)**, o importante é que na atenção aos eventos agudos, a classificação de risco seja adotada em todos os pontos de atenção das redes, pactuando a responsabilidade de cada um, considerando as especificidades locais.

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 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 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.

5. FLUXOGRAMA PARA A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA



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



SAÚDE

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.

1 CONCEITO

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

As condições crônicas abarcam, além das doenças crônicas, as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, 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; 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, ou seja, condições crônicas agudizadas.

2 OS MODELOS 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) foi desenvolvido com base na literatura internacional para as condições crônicas. A figura 1 ilustra o CCM, o qual 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 atenção à saúde e nas relações desse sistema com a comunidade.



Figura 1 – O Modelo de Atenção Crônica

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) 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.

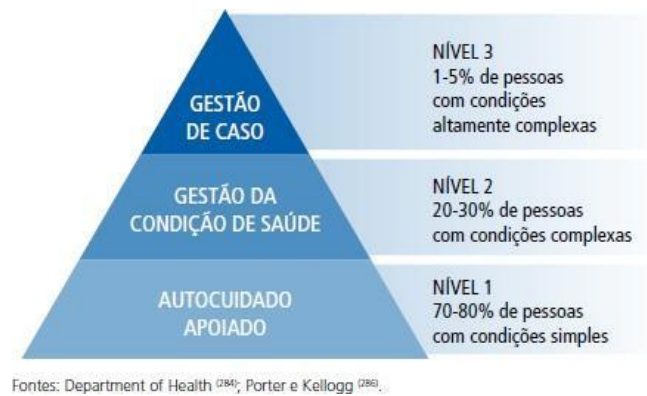


Figura 2 – O Modelo da Pirâmide de Riscos

A 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 (287)

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 às 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 (depressão, dislipidemia, intolerância à glicose 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 o Modelo da Pirâmide de Riscos e o Modelo da Determinação Social da Saúde para ajustá-lo às singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (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 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.

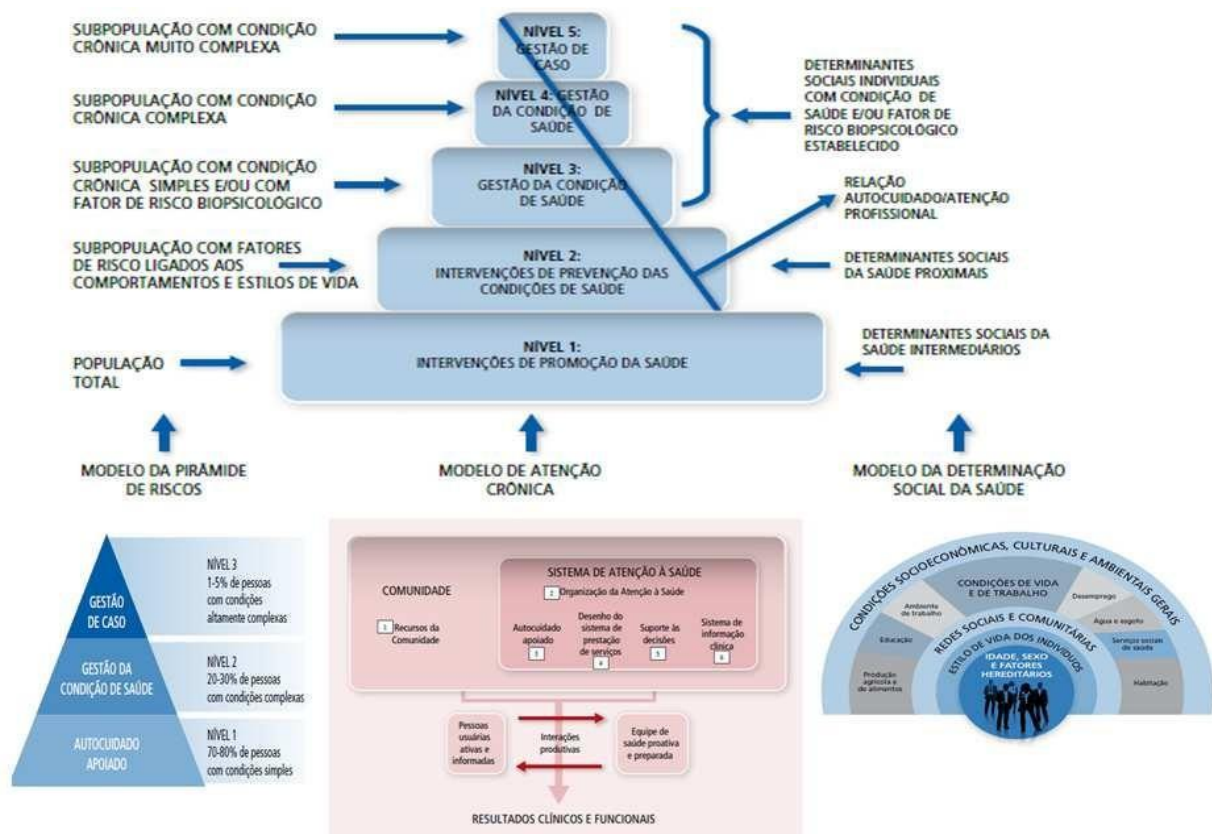


Figura 4 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O lado esquerdo da Figura 4 corresponde a diferentes subpopulações¹ de uma população total sob a responsabilidade da APS: o nível 1, a população total e em relação a 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/ subpopulações¹ 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

¹**Subpopulações** = indivíduos pertencentes a uma mesma população, porém são separados em grupos de acordo com características comuns (sexo, idade, gênero, patologias de interesse, classe sócio-econômica). Por exemplo: a população total do território X pode ser subdividida em subpopulação de idosos, subpopulação de mulheres ou subpopulação de obesos.

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 de base populacional. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

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. Segue na Figura 5 Exemplos de condições de saúde dos usuários e exemplos das intervenções dos profissionais:



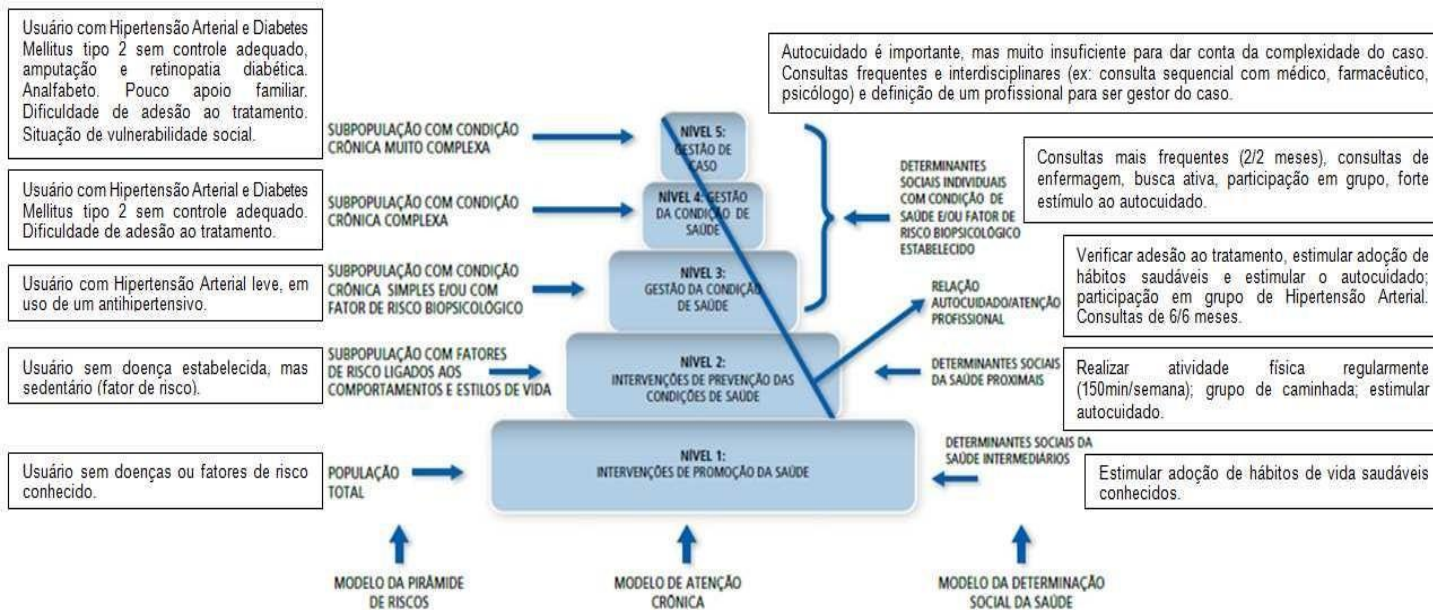


Figura 5 - Exemplos de condições de saúde dos usuários e exemplos das intervenções dos profissionais. Fonte: adaptação de Mendes, 2011.

4 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.

Na perspectiva de qualificar a Atenção Básica, a Coordenação Estadual da Atenção Básica elaborou duas notas técnicas para atenção às condições crônicas, a **Nota Técnica 03/2018 (Resolução CIB 303/18): ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA** e a **Nota Técnica 02/18 (Resolução CIB 302/2018): ATENÇÃO AO INDIVÍDUO PORTADOR DE DIABETES MELITUS NA ATENÇÃO BÁSICA**, as quais definem critérios para a estratificação de risco de portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus, oferecendo suporte para tomada de decisão clínica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador destas doenças, garantindo a resolutividade prevista para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde.

ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: RESPOSTAS ÀS QUESTÕES NORTEADORAS

Textos para leitura	Questões norteadoras
Texto 1 – Os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde	a) Quais os principais eventos agudos que chegam à Unidade Básica de Saúde? b) A equipe utiliza algum modelo de classificação de risco para eventos agudos? Especifique. c) Como funciona o fluxo do atendimento para os eventos agudos em sua Unidade? d) Na agenda da equipe, como está organizado o atendimento aos eventos agudos?
Texto 2 – As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde	a) Quais as principais condições crônicas existentes no território? b) A equipe utiliza algum tipo de estratificação de risco para condições crônicas? Especifique. c) Como funciona o fluxo do atendimento para as condições crônicas em sua Unidade? d) Na agenda da equipe, como está organizado o atendimento às condições crônicas?

TARDE

ATIVIDADE 5 - PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: RESPONDER A PERGUNTA-CHAVE: “Por que organizar a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?”

-LEITURA E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO E REALIZAÇÃO DO CHECK-LIST



30 minutos DESCRIÇÃO:

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.



1 hora e 30 minutos DESCRIÇÃO:

PARA -LEITURA E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO E REALIZAÇÃO DO CHECK-LIST

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, negra, cisgênera, 26 anos e gestante 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.

Fazia uns oito meses que Seu João tinha ido ao posto para retirar seus remédios. Na ocasião, a auxiliar de farmácia orientou que Seu João pedisse à Agente Comunitária de Saúde (ACS) para levar seus remédios em casa e que caso a receita perdesse a validade, a ACS conseguiria outra com o Dr. Ronaldo. 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 as fichas e o povo desesperado em cima dela.

Seu João tinha ouvido falar 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 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 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 entrou na sala e 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 água para a profissional que passava. 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 Mariazinha, que mais parecia “freguesa” do posto porque todo dia vinha consultar, estava fazendo confusão porque queria falar com Dr. Ronaldo. Muitos hipertensos queriam só a receita do remédio que tinha acabado. A enfermeira Luciana renovava algumas receitas dos remédios, conforme protocolo, mas tinham 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 internação 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 saúde da família de Sinhazinha, no município de Boa Fé. Ao falarem com o médico Ronaldo e a enfermeira Luciana, explicaram o estado do paciente, o plano de cuidados e pediram 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 - Realizar o Check List da Organização do processo de trabalho no atendimento ao Sr. João conforme segue:

Check List - ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS E CRÔNICOS

no estudo de caso do Sr João

ACOLHIMENTO	SATISFATÓRI O	INSATISFATÓRI O
Cumprimentar cordialmente o usuário		
Perguntar qual a sua necessidade		
Caso relate um sinal ou sintoma 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		
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		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
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		
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		
Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar		
Preencher os formulários necessários		
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		
Estratificar por grau de risco os usuários das subpopulações com condições crônicas prioritárias		
Atualizar a estratificação de risco em todas as consultas de acompanhamento dos usuários com condições crônicas		

prioritárias		
--------------	--	--

Passo 5 - 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



Cada oficina estabelece atividades a serem desenvolvidas 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 demanda um tempo maior do que o período de dispersão entre uma oficina e outra para sua concretização. Sugere-se que o status da implantação dos processos citados abaixo, sejam apresentados na próxima oficina, com o objetivo de socializar o trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

- 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.

A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios por um período até a realização da próxima oficina.

A **atividade de dispersão** objetiva sensibilizar e oferecer espaço de reflexão e construção de estratégias para organização da atenção às condições crônicas e agudas. Propomos duas atividades de dispersão:

1) estudo de caso para discussão em equipe será disponibilizado por meio eletrônico no site: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>.

2) preenchimento do **Instrumento de Diagnóstico de Demanda na UBS** (ANEXO 2 e por meio eletrônico no link: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>, tutoria 04). Esta planilha deverá ser utilizada pelo período de 01 mês, devendo registrar as demandas de cada usuário que acessa a UBS na recepção e no acolhimento. Recomenda-se o registro a cada 06 meses a fim de avaliar a mudança nos perfis de demanda do serviço.

Considerando as necessidades de saúde identificadas do usuário em seu Questionário de Diagnóstico de Demandas após a compilação dos dados, as equipes de saúde devem elaborar um plano de ação com o objetivo de: organizar a distribuição da agenda para a atenção aos eventos agudos e eventos crônicos na sua Unidade básica de saúde indicando o passo a passo, e informar quem é responsável, como faz, onde faz, quando faz e o material de referência utilizado.

7.AVALIAÇÃO DA OFICINA

ANEXO 1 -

MATRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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 1.1 - O ACOLHIMENTO

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

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

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

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

<p>Checar a identificação segura do usuário</p> <p>Levar o usuário imediatamente para a sala de urgência, ou espaço onde possa prestar o atendimento necessário</p> <p>Realizar os procedimentos necessários, conforme o protocolo estabelecido</p> <p>Demandar o SAMU ou transporte sanitário adequado para a transferência do usuário para o ponto de atenção necessário para a resolução do problema</p> <p>Realizar a comunicação adequada para o ponto de atenção adequado para onde o usuário será transferido</p> <p>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</p> <p>Preencher os formulários necessários</p>

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

<p>Checar a identificação segura do usuário</p> <p>Usuário classificado como verde: - Agendar a consulta ou atendimento, para o mesmo dia, de preferência para o turno que o usuário se encontra</p> <p>Usuário classificado como azul: - Agendar a consulta ou atendimento, caso haja disponibilidade para o mesmo dia. Caso não haja disponibilidade, para as próximas 24 a 48 horas, conforme o estabelecido no protocolo</p> <p>Realizar as orientações necessárias ao usuário</p> <p>Perguntar se o usuário deseja alguma informação complementar</p> <p>Preencher os formulários necessários</p>
--

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

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

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	Documentos de referência As Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011, p. 85) Diretrizes clínicas municipais e notas técnicas estaduais 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 subpopulações-alvo prioritárias	Levantar os dados de acompanhamento das subpopulações	
	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

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	Documentos de referência O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012, p. 154) Diretrizes clínicas municipais e notas técnicas estaduais Cadernos de Atenção Básica do MS
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

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	Documentos de referência	
Realizar a programação das equipes	Realizar reunião por equipe de saúde, reunindo todos os profissionais	Notas técnicas estaduais	
	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		O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012, p. 397)
	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		Instrumentos de programação - Planilha de Programação
	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		Cadernos de Atenção Básica do MS
	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		Questionário para diagnóstico de demanda na UBS
	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 especializada	Verificar o número estimado de usuários com condições crônicas prioritárias, de alto ou muito alto risco, que devem ser encaminhados para a atenção ambulatorial especializada		
Discutir a demanda	Verificar o número estimado de exames necessários para o acompanhamento das gestantes, hipertensos e diabéticos, programado a partir da parametrização assistencial		

programada para o apoio diagnóstico	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

Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de agenda de atendimentos	Discutir os textos de referência e o roteiro para organização da agenda de atendimentos	Documentos de referência Oficina 3- Atenção Primária à Saúde (organização da agenda por bloco de horas)
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	
	Extraír da aba "Agenda" na planilha de programação as atividades por semana, necessárias para atendimento de criança, gestante, hipertensos e diabéticos	
	Distribuir essas atividades nos horários de atendimento disponíveis, elaborando a agenda-espelho, validar e pactuar com todos os profissionais	
Implantar a agenda de atendimento	Discutir as regras de agendamento com os profissionais da unidade	
	Disponibilizar a agenda-espelho	
	Iniciar o agendamento de acordo com as regras definidas e agenda- espelho	
Monitorar a agenda	Verificar o cumprimento ou não do agendamento proposto, com periodicidade semanal, identificando as falhas e dificuldades	
	Discutir com a equipe e implementar as correções necessárias	

