

# PlanificaSUS



## GUIA *WORKSHOP* 4

### Gestão do Cuidado



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



**PROADI-SUS**  
Programa de Apoio ao Desenvolvimento  
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL



PlanificaSUS

***WORKSHOP 4***

Gestão do Cuidado



#### ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

##### **MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
Ed. Sede MS – 7º andar  
CEP: 70.058-900 – Brasília DF  
Fone: (61) 3315-9031  
Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

##### **SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN**

Instituto Israelita de Responsabilidade Social  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar  
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 2151-4573  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

#### EQUIPE DE TRABALHO

##### **Coordenador e Revisor Final:**

Marcio Anderson Cardozo Paresque

##### **Elaboração Técnica:**

Aline Teles de Andrade  
Evelyn Lima de Souza  
Francisco Gilmário Rebouças Júnior  
Larissa Karollyne de Oliveira Santos

##### **Apoio Administrativo:**

Adriane Reis Arcos  
Jonny William de Souza Domingos  
Rebeca Correia Cardoso  
Taillanny Duarte dos Santos  
Verônica Rodrigues Oliveira dos Santos

##### **Revisão Técnica:**

Marco Antônio Bragança de Matos  
Marco Aurélio Santana da Silva  
Rubia Pereira Barra  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Maria José de Oliveira Evangelista

##### **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**

PLANIFICASUS: Workshop 4 – Gestão do Cuidado. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.  
44 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

# APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta como pilares o Hospital Israelita Albert Einstein, a Medicina Diagnóstica, o Ensino e Pesquisa, a Consultoria e a Responsabilidade Social.

A Diretoria de Responsabilidade Social desenvolve várias atividades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, estão, por exemplo, projetos ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para colaborar com o fortalecimento do SUS.

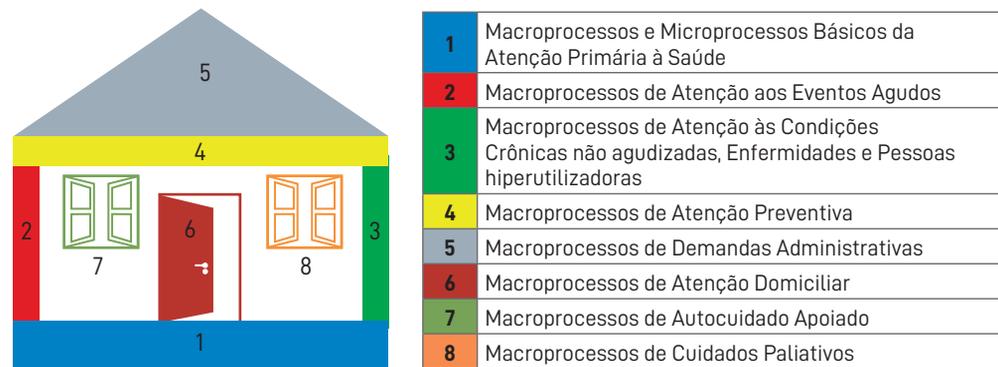
O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

A proposta da PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas perpassa a edificação do MACC proposto por Eugenio Vilaça Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente,<sup>[1]</sup> de Cuidados Crônicos<sup>[2]</sup> e sobre os Determinantes Sociais da Saúde.<sup>[3]</sup> Estes modelos estão descritos nos livros publicados pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde,<sup>[4]</sup> O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde<sup>[5]</sup> e A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.<sup>[6]</sup>

O modelo operacional descrito por Mendes<sup>[6]</sup> propõe a metáfora da construção de uma casa (Figura 1), citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS adaptados para a organização dos macroprocessos na AAE.

## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**Figura 1.** A construção social da Atenção Primária à Saúde.

**Fonte:** adaptado com a inclusão dos macroprocessos de cuidados paliativos de Mendes.<sup>[6]</sup>

O PlanificaSUS será operacionalizado por meio de uma etapa preparatória e por seis etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais, etapa controle e cursos curtos. O público-alvo serão os profissionais dos serviços de APS e AAE, e os profissionais dos demais serviços relacionados à linha de cuidado definida como prioritária, além de profissionais da gestão. A figura 2 apresenta o esquema operacional do PlanificaSUS. Os *workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da RAS. Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um "fazer junto", sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: estratificação de risco, saúde mental, cuidado farmacêutico e sistemas de informações. Será disponibilizado o material pela Equipe PlanificaSUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Baseando-se

<b>ETAPA 1 – A integração da APS e AAE em Rede</b>		
Compreensão sobre os conceitos de RAS, APS, AAE e referenciais teóricos (MACC e Construção Social da APS)		
Apropriação sobre a situação da atenção primária à saúde nos municípios da região	Workshop 1	Oficina Tutorial 1
Apropriação e ajustamento da carteira de serviços do ambulatório de atenção especializada de referência		
Unidades laboratório com Grupos de Trabalhos definidos		
<b>ETAPA 2 – Território e Gestão de Base Populacional</b>		
Compreensão sobre os conceitos de território e gestão de base populacional		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados na APS: territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações alvo	Workshop 2	2.1 Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados na AAE: cadastro e vinculação das unidades básicas dos municípios com o ambulatório de atenção especializada		2.2 Oficina Tutorial
Microprocesso organizado: vacinação		
<b>ETAPA 3 – O Acesso à RAS</b>		
Compreensão sobre os conceitos de acesso, perfis de demanda e oferta e ferramentas para sua organização	Workshop 3	Oficina Tutorial 3
Macroprocessos organizados: acesso aos serviços da APS e AAE		
Microprocessos organizados: recepção da unidade e prontuário		
<b>ETAPA 4 – Gestão do Cuidado</b>		
Compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde		Oficina Tutorial 4.1
Macroprocessos organizados: linhas de cuidado para as condições crônicas na APS e AAE e atenção aos eventos agudos	Workshop 4	Oficina Tutorial 4.2
Microprocessos organizados: esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde		Oficina Tutorial 4.3
<b>ETAPA 5 – Integração e Comunicação na RAS</b>		
Compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e apoio entre as equipes da APS e AAE	Workshop 5	Oficina Tutorial 5
Macroprocessos organizados: compartilhamento do cuidado, supervisão clínica e educação permanente		
<b>ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação</b>		
Compreensão sobre o modelo de melhoria, dashboard e contratualização	Workshop 6	Oficina Tutorial 6
Macroprocessos organizados: dashboard de monitoramento de indicadores, rotina de gerenciamento e contratualização de metas com as equipes		
<b>ETAPA CONTROLE</b>		
		Oficina Tutorial Controle 1
		Oficina Tutorial Controle 2
<b>SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO</b>		

**Figura 2.** Esquema operacional do PlanificaSUS. APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

no princípio da andragogia, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também possui os eixos de gestão e saúde populacional de dados, gestão de evidências e administrativo-financeiro.

Ao final do PlanificaSUS, a Região de Saúde deverá apresentar as unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados a partir do MACC, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados.



# SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO .....	3
■ PROGRAMAÇÃO .....	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES .....	10
■ ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP .....	10
■ ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL .....	10
■ ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPO .....	10
■ ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: GESTÃO DA CLÍNICA .....	11
■ TEXTO 1 – GESTÃO DA CLÍNICA: UMA NOVA GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	12
■ ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DO VÍDEO: CONDIÇÃO DE SAÚDE .....	18
■ ATIVIDADE 6 – TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? .....	19
■ TEXTO 2 – OS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	19
■ ATIVIDADE 7 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO .....	26
■ ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? .....	26
■ TEXTO 3 – AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
■ ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS .....	37
■ TEXTO 4 – O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS .....	37

■ AVALIAÇÃO .....	41
■ REFERÊNCIAS .....	42
■ RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS .....	44

# PROGRAMAÇÃO

MANHÃ	
Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 1 – Acolhimento e abertura do <i>workshop</i>
8h20	Atividade 2 – Apresentação da experiência da tutoria na Etapa 3
8h40	Atividade 3 – Orientações para o trabalho em grupos
8h50	Atividade 4 – Trabalho em grupo: Gestão da clínica
10h20	Intervalo
10h30	Atividade 5 – Vídeo de apresentação: Condição de Saúde
11h	Atividade 6 – Trabalho em grupo: Por que organizar a atenção aos eventos agudos na Atenção Primária à Saúde?
12h30	Intervalo para almoço
TARDE	
Horário	Atividades programadas
14h	Atividade 7 – Dinâmica de aquecimento
14h10	Atividade 8 – Trabalho em Grupo: Por que organizar a atenção às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde?
15h30	Intervalo
15h40	Atividade 9 – Trabalho em Grupo: O ambulatório de atenção especializada no modelo de atenção às condições crônicas
16h50	Avaliação
17h	Encerramento

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante ter flexibilidade para combinar com os participantes as adequações de horários, de acordo com a realidade do lugar, ficando mais confortável para garantir um melhor aproveitamento.

# ROTEIRO DE ATIVIDADES

## MANHÃ

### ● ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP

Seja bem-vindo ao *Workshop 4* do PlanificaSUS!

Hoje, temos como **objetivo geral** analisar os modelos de atenção e os macroprocessos relacionados para a organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde e na Atenção ambulatorial Especializada. Vamos também:

- Compreender o conceito de gestão da clínica e suas possibilidades.
- Compreender o conceito de condição de saúde.
- 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 (SUS).

**Responsável pela atividade:** facilitador 1.

**Tempo da atividade:** 20 minutos.

### ● ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL

Vamos, agora, saber o que acontece na realidade dos serviços de saúde depois da Etapa 3 do PlanificaSUS. Convide **um representante da Atenção Primária à Saúde e outro da Atenção Ambulatorial Especializada** para compartilhar em plenária as atividades realizadas nas unidades, por meio das oficinas tutoriais, apontando as primeiras impressões do projeto.

**Responsável pela atividade:** facilitador 2.

**Tempo da atividade:** 20 minutos.

### ● ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPO

A partir desse momento, vamos **trabalhar em grupos**. Cada grupo deve contar com 20 a 30 participantes. Neste *workshop*, a cada atividade em grupo, vocês devem eleger um **facilitador**, um **relator** e um **"guardião do tempo"**. A coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando.

**Responsável pela atividade:** facilitador 3.

**Tempo da atividade:** 10 minutos.

Os responsáveis pela apresentação da experiência das oficinas tutoriais serão pactuados na etapa anterior ao *workshop*, tendo sido validado pelo grupo condutor. As orientações para organizar essa apresentação estão na matriz de gerenciamento de cada etapa.

## ● ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: GESTÃO DA CLÍNICA

Vamos agora trabalhar com o **TEXTO 1 – GESTÃO DA CLÍNICA: UMA NOVA GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**. Para realizar nossa atividade, cada grupo irá se dividir em quatro subgrupos menores. O facilitador irá numerar esse subgrupos de 1 à 4, onde cada um ficará responsável por um tópico descrito abaixo.

Todos os subgrupos devem ler a parte inicial do texto, que define gestão da clínica e, em seguida, ler um tópico específico referente a uma tecnologia de gestão da clínica, de acordo com a divisão feita pelo facilitador. Os tópicos são: (1) diretrizes clínicas; (2) gestão da condição de saúde; (3) gestão do caso; e (4) lista de espera.

Cada subgrupo ficará responsável por realizar uma leitura guiada, de acordo com as perguntas citadas abaixo, e sintetizar. Lembrando que vocês devem eleger um **relator** e um **“guardião do tempo”** para cada subgrupo.

O tempo para a leitura será de 20 minutos. Após a realização da leitura, o relator de cada subgrupo fará uma apresentação de 5 minutos sobre o tópico de sua responsabilidade, para o grupo maior.

Após a apresentação, o facilitador deverá realizar a síntese dos conteúdos apresentados. Fiquem atentos ao conceito de gestão da clínica, às principais características de cada tecnologia e como elas podem ser utilizadas. Essas informações serão importantes para as próximas atividades.

**Responsável pela atividade:** facilitador em cada grupo.

**Tempo da atividade:** 1 hora e 30 minutos.

Seguem as orientações para leitura de cada tópico:

### **Grupo 1: As diretrizes clínicas**

- O que são diretrizes clínicas?
- Quais seus objetivos e características?
- Qual a diferença entre: linhas-guia e protocolo clínico?

### **Grupo 2: Gestão da condição de saúde**

- O que é a gestão da condição de saúde?
- Qual o foco do manejo da condição de saúde nos níveis 3 e 4 do MACC?
- Quais os cinco componentes da gestão da condição de saúde?

### **Grupo 3: A gestão de caso**

- O que é a gestão de caso?
- Quem é o gestor de caso e qual sua função?
- Quais as etapas da gestão de caso?

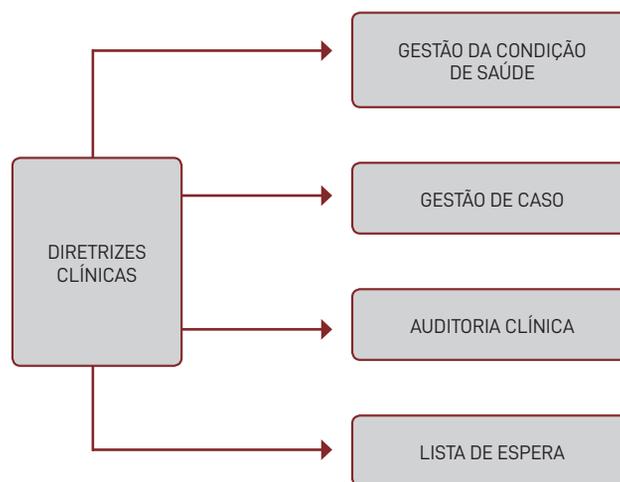
### **Grupo 4: Lista de espera**

- O que é a lista de espera?
- Quais as estratégias para superar os problemas relacionados à lista de espera no SUS?

### GESTÃO DA CLÍNICA: UMA NOVA GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

A gestão da clínica pode ser conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, ou seja, centrada nas pessoas; efetiva (estruturada com base em evidências científicas); segura (não causa danos às pessoas usuárias e nem aos profissionais de saúde); eficiente (provida com os custos ótimos); oportuna (porque prestada no tempo certo); equitativa – de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.<sup>[7]</sup>

São tecnologias sanitárias, que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera, conforme se vê na figura 1.



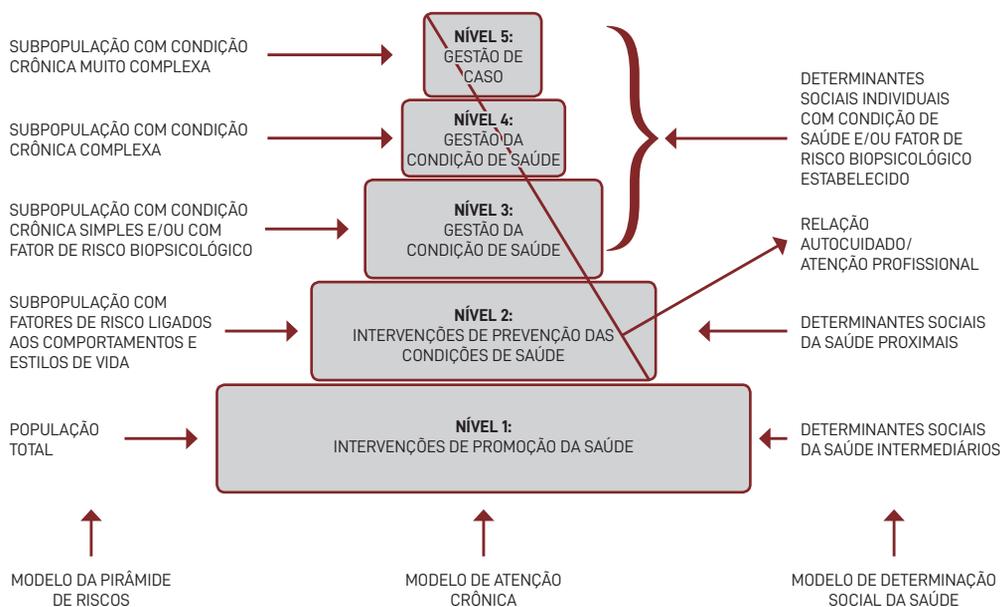
**Figura 1.** As tecnologias de gestão da clínica.

**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

As tecnologias da gestão da clínica encontram campo privilegiado de aplicação na Estratégia de Saúde da Família (ESF), por constituem a base de uma ESF efetiva e de qualidade. A partir da gestão da clínica, estruturam-se as duas tecnologias fundamentais para o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC): a gestão da condição de saúde e a gestão de caso, em conformidade com o modelo da Pirâmide de Risco.

<sup>1</sup> Texto adaptado de Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/ Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 23 Sep 2019]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

Conforme se vê na figura 2 do MACC, os níveis 3 e 4 são de cuidados de condições crônicas simples e/ou fatores de risco biopsicológicos, ou de condições crônicas complexas, por meio da utilização da tecnologia de gestão da condição de saúde, e o nível 5, relativo à condição crônica muito complexa, é de cuidado provido pela tecnologia de gestão de caso.



**Figura 2.** Modelo de Atenção às Condições Crônicas.  
**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

Por essa razão, as tecnologias que serão aqui desenvolvidas são as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso e a lista de espera. Não obstante, há que se reconhecer que a tecnologia de auditoria clínica deve ser utilizada na ESF, especialmente vinculada a programas de melhoria da qualidade.

## 1. As diretrizes clínicas

São recomendações preparadas de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas.<sup>[8]</sup> Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência (MBE), avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade.<sup>[9]</sup>

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado não como linear, mas como um ciclo de atividades interdependentes, que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica.<sup>[10]</sup>

Os objetivos das diretrizes clínicas são melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias; padronizar as condutas clínicas, reduzindo a complexidade da atenção à saúde; melhorar a qualidade da atenção à saúde, provendo serviços efetivos, eficientes e seguros, segundo as evidências científicas; diminuir as variações não desejadas na prestação de serviços de saúde; aumentar a satisfação das pessoas usuárias; definir parâmetros de programação de base populacional; servir de base para a definição das tecnologias de gestão da clínica; facilitar o desenho de processos de educação permanente; e identificar áreas de investigação e de desenvolvimento.<sup>[7,11,12]</sup>

As diretrizes clínicas apresentam claro enfoque para as pessoas usuárias. São desenvolvidas por grupos multiprofissionais, estão orientadas para objetivos e resultados, devendo ser validadas interna e externamente, e incorporando evidências científicas. Ainda, são monitoradas e têm um tempo determinado para sofrerem revisão.<sup>[12]</sup>

Ressalta-se que todo o processo de cuidado das condições crônicas na ESF deve ser sustentado por diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas. Assim, as diretrizes clínicas devem ser construídas com base na MBE, entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde.<sup>[13]</sup>

Há dois tipos principais de diretrizes clínicas: as linhas-guia (*guidelines*) e os protocolos clínicos. Alguns autores mencionam um terceiro instrumento, as vias clínicas (*clinical pathways*), que são recomendações que se aplicam, geralmente, a pessoas internadas em hospitais ou hospitais-dia, e que consideram as ações referentes a cada dia de internação e a critérios de alta.<sup>[14]</sup> As diretrizes clínicas utilizadas na ESF são as linhas-guia e os protocolos clínicos.

**As linhas-guia:** normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS). São desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, sendo realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, feitas em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). As linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS: as linhas de cuidado.<sup>[15]</sup>

**Exemplo:** a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde.

**Protocolos clínicos:** são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.

**Exemplo:** o detalhamento do diagnóstico e do tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo –, é feito por um protocolo clínico.

## 2. A gestão da condição de saúde

A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou de uma determinada condição de saúde estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos e de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Trata-se da tecnologia de gestão da clínica que se utiliza no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

Este tipo de tecnologia é utilizada em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes e outros) e às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras). A divisão entre condição de saúde de nível 3 e condição de saúde de nível 4, conforme se mostra no MACC, separa as condições crônicas de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o modelo da Pirâmide de Risco.

Isso porque diferentes estratos têm manejos clínicos variados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversa. Na gestão da condição de saúde de nível 3, vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado, prestado pela ESF; na gestão da condição de saúde de nível 4, fixa-se, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado, com trabalho articulado de generalistas e especialistas.

A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição, para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde, que se move de um modelo de um profissional de saúde individual e responde a um doente, por procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada em uma população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas são enfrentados por estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

Desta forma, a gestão da condição de saúde envolve cinco componentes: plano de cuidado, gestão dos riscos da atenção, educação permanente, educação em saúde e programação da condição de saúde. O componente fundamental para a regulação assistencial é a programação da condição de saúde. Isso decorre do fato de que, por meio da programação feita na APS, o acesso regulado a outros pontos de atenção torna-se previsível, o que dificilmente ocorre no modelo vigente da regulação assistencial do SUS.<sup>[6]</sup>

Dada a função coordenadora que a APS tem nas RAS, a programação local deve ser realizada no nível dos cuidados primários, a partir de cada equipe da APS e da população efetivamente cadastrada em cada equipe de cuidados primários. Essa programação utiliza-se de parâmetros de necessidades baseados em evidências científicas e parte integrante das diretrizes clínicas, expressos em planilhas de programação (Figura 3). Além disso, os parâmetros para se adequarem ao MACC são definidos por estratos de riscos.<sup>[6]</sup>

As condições de saúde são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. As condições de saúde podem ser divididas em condições agudas, em condições crônicas e em eventos agudos (WAGNER, 1998; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Para saber mais sobre os componentes da de Gestão da Condição de Saúde consulte: MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) pg. 384 - 403

O QUÊ	QUANTO	QUEM
Identificar usuários de risco de hipertensão na área de abrangência	100% de usuários de risco de hipertensão identificados na área de abrangência da unidade de APS	ACS
Realizar consulta de enfermagem para usuários de risco de hipertensão identificados	100% dos usuários de risco identificados realizam 1 consulta de enfermagem para avaliação clínica e solicitação de exames de laboratório	Enfermeiro
Realizar a primeira consulta médica para hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam a primeira consulta médica para avaliação clínica, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidado	Médico
Estratificar risco de hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados são estratificados por risco	Médico
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco baixo cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam 2 consultas por ano, sendo 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem	Enfermeiro e médico
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco moderado cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam 2 consultas por ano, sendo 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem	Enfermeiro e médico
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco alto cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam 4 consultas por ano, sendo 2 consultas médicas e 2 consultas de enfermagem	Enfermeiro e médico
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco muito alto cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam 4 consultas por ano, sendo 2 consultas médicas e 2 consultas de enfermagem	Enfermeiro e médico
Realizar avaliação interdisciplinar dos hipertensos de alto e muito alto risco no centro de atenção especializada e elaborar plano de cuidado	100% dos hipertensos avaliados e com plano de cuidados elaborados	Equipe Multiprofissional
Realizar consultas de acompanhamento de todos os hipertensos de alto e muito alto risco com médicos especialistas	100% dos hipertensos com duas consultas com cardiologistas e/ou nefrologista realizadas	Médico especialista
Realizar grupos interativos para todos os hipertensos cadastrados que aceitem participar	100% dos hipertensos participando de grupos operativos	Profissionais da equipe da APS

APS: Atenção Primária à Saúde; ACS: Agente Comunitário de Saúde.

**Figura 3.** Planilha de programação da hipertensão arterial.<sup>[6]</sup>

**Fonte:** Mendes<sup>6</sup>.

O instrumento básico para o desenvolvimento da gestão da condição de saúde é a linha-guia que normatiza a condição de saúde na ESF, em seus aspectos promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos.

### 3. Gestão de caso

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

A gestão de caso cumpre vários objetivos: advogar as necessidades e as expectativas de pessoas usuárias em situação especial; prover o serviço certo à pessoa certa; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção à saúde. No MACC, ela corresponde ao nível 5 das intervenções sanitárias, destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas. Corresponde, ademais, ao nível 3 do modelo da Pirâmide de Riscos.

O processo de gestão de caso é conduzido por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta, denominada "*hands-off*", em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente na prestação de serviços.

O papel principal de um gestor de caso é exercitar a advocacia da pessoa portadora de uma condição crônica muito complexa, de sua família e de sua rede de suporte social. Esse papel de advocacia implica, em relação à pessoa e à sua família, em defender seus interesses; empoderá-las para o autocuidado, a autonomia e a independência; e facilitar a comunicação.

Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, em um formato *hands-on*, em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos.<sup>[16]</sup>

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação. O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde, fazendo julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS; de determinar o nível adequado da prestação dos serviços; e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido. Isso faz da ESF um lugar privilegiado para a gestão de caso.

O processo da gestão de caso envolve seguintes etapas:<sup>[17,18]</sup> a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

Estas etapas serão abordadas na oficina tutorial.

#### 4. A lista de espera <sup>2</sup>

A lista de espera é uma tecnologia de gestão da clínica, sustentada por diretrizes clínicas baseadas em evidência, que objetiva racionalizar o acesso a serviços de saúde, nos quais existam desequilíbrios de demanda e oferta, normalizando seus usos em determinado ponto de atenção, por meio de critérios de ordenamento de riscos e da transparência.<sup>[7]</sup>

<sup>2</sup> Texto adaptado de Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Geralmente, estão associadas com as filas que ocorrem nos sistemas de atenção à saúde. As filas são manifestações fenomênicas de uma descoordenação da atenção à saúde, que refletem desequilíbrio entre a demanda e a oferta dos serviços de saúde. Esses desequilíbrios podem ser causados por problemas no campo da demanda, no campo da oferta ou em ambos os campos e, para solucioná-los, o modelo regulatório vigente, em geral, sobrevaloriza os problemas e as soluções do lado da oferta, o que, no limite, agrava o problema.

O fenômeno das filas no SUS apresenta certas características: é um problema que se apresenta, em geral, com dimensão quantitativa exuberante; não há critérios efetivos de inclusão e exclusão nas filas com base em diretrizes clínicas; exige análise e resposta multidimensionais; requer, para sua solução, ações concomitantes de racionalização nos campos da demanda, da oferta e dos sistemas logísticos; e exige, para sua solução, ações de racionalização e comunicação entre APS, atenção especializada, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, e sistemas logísticos.

Os tempos de espera figuram como um dos principais problemas dos sistemas de atenção à saúde nos países da Europa Ocidental e no Canadá, porque geram insatisfação nas populações e aumentam os custos da atenção. Enquanto as listas de espera mostram o estoque de pessoas usuárias em busca de atenção em um ponto determinado do tempo, o tempo de espera evidencia o diferencial temporal para oferecer o serviço em função da atual e da futura oferta.

A superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento das intervenções e da produtividade dos serviços é fundamental. Uma boa política de superação dos tempos de espera inclui a combinação entre medidas dos lados da demanda e da oferta e definição de metas nacionais, em relação a tempos de espera máximos.

## ● INTERVALO

### ● ATIVIDADE 5 – APRESENTAÇÃO DO VÍDEO: CONDIÇÃO DE SAÚDE

Vamos agora assistir a um vídeo com o professor Marco Antônio Bragança de Matos, que nos apresentará o conceito de condição de saúde, as características das condições de eventos agudos e crônicos, a diferença entre eles, e o macroprocesso de atenção a cada um deles. O ponto central dessa atividade é compreender o conceito de condição de saúde.

Acesse o vídeo **Condição de Saúde** pelo *link*: <https://vimeo.com/343506782/90c521e480>

O conteúdo do vídeo será retomando nas próximas atividades, a partir dos textos que abordam especificamente a atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

**Responsável pela atividade:** facilitador de cada grupo.

**Tempo da atividade:** 30 minutos.

## ● ATIVIDADE 6 – TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

Agora, vamos pensar sobre a atenção aos eventos agudos, a partir da leitura do **TEXTO 2 – OS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Utilizem as **perguntas disparadoras** para guiar a discussão. É importante compreender o conceito de condição aguda, a caracterização desse tipo de demanda, e qual a proposta de organização de macroprocessos para implementar o modelo de atenção a essas condições.

Escolham um **relator** e um **"guardião do tempo"**. Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e as discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Realizem a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas. O tempo sugerido é de **até 20 minutos para cada leitura**.

**Responsável pela atividade:** facilitador em cada grupo.

**Tempo da atividade:** 1 hora e 30 minutos.

## TEXTO 2

# OS EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>3</sup>

### 1. A DEMANDA DE EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível, exigindo tempo de resposta oportuno pelo sistema de atenção à saúde. Envolvem as doenças transmissíveis de curso curto (gripe e dengue, por exemplo), as doenças inflamatórias e infecciosas agudas (apendicite e amigdalite, por exemplo) e os traumas.

<sup>3</sup> Texto adaptado do livro Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]. CONASS Debate. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2014 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-debate-a-crise-contemporanea-dos-modelos-de-atencao-a-saude/>; e de Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

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

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

Uma pesquisa feita em Florianópolis mostrou que 28 condições de saúde respondem por 50,4% da demanda total na Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto 13 condições agudas respondem por 13,7%.<sup>[19]</sup> 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, e rinite alérgica (0,6%).<sup>[20]</sup>

Nas redes de atenção às urgências e emergências, a APS não constitui seu centro de comunicação, mas desempenha função importante, por ser um de seus pontos de atenção, sendo 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, atender às urgências menores (azuis e verdes) e prestar os primeiros atendimentos às urgências maiores (amarelos, laranjas e vermelhos), encaminhando-as, por meio da central de regulação, a 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.

## 2. MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS

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

Mendes<sup>[5]</sup> desenvolveu um modelo de atenção aos eventos agudos, que têm como base o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead,<sup>[3]</sup> utiliza um sistema de classificação de risco e opera com a tecnologia de gestão da condição de saúde para os eventos agudos diagnosticados. Esse modelo está representado na figura 1.



**Figura 1.** Modelo de atenção aos eventos agudos.

Fonte: Mendes<sup>5</sup>.

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

O nível 1 incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde, segundo a proposta de Dahlgren e Whitehead.<sup>[3]</sup> Nesse nível, as intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais. Um caso exitoso de promoção da saúde em relação aos traumas é o da Suécia, por meio de um programa denominado Trauma Zero, que articula políticas de diferentes setores, com o objetivo de alcançar a meta de trauma zero naquele país em 2017.<sup>[21]</sup>

O nível 2 incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos, em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida (uso excessivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo, estresse e outros). As ações nesse nível são muito efetivas em prevenir eventos agudos muito frequentes, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

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

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

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

Há vários modelos que podem ser utilizados. O Ministério da Saúde preconiza seu Protocolo de Classificação de Risco, constante no Caderno de Atenção Básica nº 28 - Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica,<sup>[22]</sup> que utiliza o acolhimento com a escuta qualificada e a classificação de risco, conforme evidencia a figura 2.

<p>Situação Não Aguda</p> <p>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade;</li> <li>• Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex: teste de gravidez, imunização);</li> <li>• Agendamento/programação de intervenções</li> </ul> <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>Condutas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento imediato (<u>alto risco de vida</u>): 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.</li> <li>• Atendimento prioritário (<u>risco moderado</u>): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem, até a nova avaliação 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.</li> <li>• Atendimento no dia (<u>risco baixo ou ausência de risco, com vulnerabilidade importante</u>): 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.</li> </ul>

Fonte: Brasil.<sup>[22]</sup>

**Figura 2.** Classificação geral dos casos de demanda espontânea na Atenção Primária.

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

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

### 3. 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 em implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco, ou seja, organizar, sob a égide da atenção centrada na pessoa, um acolhimento eficaz e humanizado. Significa, também, capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores.<sup>[6]</sup> Na metáfora da casa na construção social da APS, esse momento corresponde à construção da parede vermelha.

Embora haja resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS, na teoria de redes, é necessária a utilização de uma linguagem comum por todos os nós da rede. Seja utilizando o Protocolo de Classificação de Risco do Ministério da Saúde<sup>[22]</sup> ou outro, o importante é que, na atenção aos eventos agudos, esse sistema deve ser o mesmo, em todos os pontos de atenção das redes. A classificação de risco vai identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação.

Um estudo realizado no Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, em Minas Gerais, mostrou que o atendimento às urgências e às emergências, após a implantação do sistema 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), teve redução de 90% de casos brancos e azuis na UPA, de 25% dos atendimentos na UPA, de 30% nos custos com a UPA e de 50% nos gastos com combustíveis das ambulâncias, além da abertura de vagas nos hospitais de referência terciária e um índice de 80% de satisfação dos usuários.<sup>[23]</sup>

Neste macroprocesso, aparecem também as pessoas hiperutilizadoras que, apesar de serem normalmente portadoras de condições crônicas, ou seja, situações que requerem cuidado ao longo do tempo, elas se manifestam e são abordadas segundo a lógica do evento agudo, com consultas, exames e prescrições, que acabam por não enfrentar a real condição que leva aquela pessoa em busca de um serviço de saúde.

O momento de atenção à condição aguda é importante para identificar pessoas com condições crônicas agudizadas e hiperutilizadoras. Conhecer sua situação e oferecer uma resposta adequada de cuidado merecem, portanto, um momento estratégico para captação e vinculação das pessoas com condição crônica agudizada, que, muitas vezes, não alcançam a estabilização clínica ou não são acompanhadas longitudinalmente.

Para saber mais sobre os diferentes perfis de demanda da APS, trabalhados no workshop 3, e como podem ser agrupados conforme as singularidades que suscitam na estruturação das respostas sociais a elas pela APS: MENDES, E. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf> Capítulos 2 e 3.

## Perguntas disparadoras

1

Qual a definição de eventos agudos?  
Quais suas características?  
Que tipos de eventos agudos chegam a sua unidade?

2

Qual o objetivo do modelo de atenção aos eventos agudos?

3

Como podemos organizar a Rede de Atenção à Saúde para cuidar desse tipo de evento?

4

Como funciona o fluxo do atendimento para os eventos agudos em seu serviço?  
Quais as medidas necessárias para melhorar atenção as esses eventos em sua unidade?

Registre aqui suas respostas

## ● INTERVALO PARA ALMOÇO

### TARDE

Nesse momento, você deve realizar um exercício de dinâmica de grupo, para ativar os participantes para o momento da tarde. Aqui você encontra uma proposta de exercício, mas caso tenha alguma atividade ou perceba que alguém no grupo possa realizar um exercício que conheça, sinta-se à vontade (preferencialmente dinâmicas que estimulem a preparação corporal e cognitiva para o momento da tarde).

#### ● ATIVIDADE 7 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO

Agora realizaremos um exercício de dinâmica de grupo para nos preparar para o momento da tarde. Segue uma sugestão: "Roda Viva".

##### Dinâmica

O grupo formará dois círculos, ficando um dentro do outro. Os participantes do grupo de dentro ficarão de frente para os participantes do grupo de fora. O facilitador dará o comando para que as pessoas conversem em duplas. O comando é: "Em 30 segundos, conversem sobre o que vocês estão achando dos *workshops* do PlanificaSUS". Após 30 segundos, o facilitador pede que as rodas girem, em lados contrários, formando novas duplas, conversando sobre o mesmo comando. O facilitador deverá repetir o comando de girar dez vezes, após esse tempo, ele convida o grupo para partilhar quais foram as opiniões que surgiram, de forma sintética. A socialização deve ser rápida, dentro do tempo estabelecido para a dinâmica de aquecimento. Após a socialização, o facilitador convida o grupo para a realização da próxima atividade.

**Responsável pela atividade:** facilitador em cada grupo.

**Tempo da atividade:** 10 minutos.

#### ● ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: POR QUE ORGANIZAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

Vamos agora para nossa última atividade no *workshop*. Aqui vamos conversar sobre a organização dos macroprocessos para atenção às condições crônicas.

A partir da leitura do **TEXTO 3 – AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** e das **perguntas disparadoras**, vamos pensar sobre as características de modelos que serviram de base para a criação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, os passos necessários para a implementação dos macroprocessos que cuidam dessas condições, e quais objetivos da organização desses macroprocessos.

Escolham um **relator** e um "**guardião do tempo**". Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e as discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

**Responsável pela atividade:** facilitador em cada grupo.

**Tempo da atividade:** 1 hora e 20 minutos

## AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>4</sup>

### 1. A DEMANDA DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Conforme visto no *Workshop 1*, as condições crônicas possuem curso mais ou menos longo ou permanente, podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e agudizadas, e devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias, para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; manutenção da saúde por ciclos de vida, como puericultura, hebicultura e senicultura; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais.<sup>[5]</sup>

No *Workshop 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 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* (CCM) denominaram de "tirania do urgente", em que a atenção aos eventos agudos sobrepõe-se ao cuidado das condições crônicas programadas em agendas sobrecarregadas.<sup>[24]</sup> Diante do crescimento da prevalência das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, faz-se necessário implantar um modelo efetivo de atenção às condições crônicas.

4 Texto adaptado do livro Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2014 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-debate-a-crise-contemporanea-dos-modelos-de-atencao-a-saude/>; e de Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

## 2. OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

### 2.1.0 Modelo de Atenção Crônica

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



**Figura 1.** Modelo de Atenção Crônica.

**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

De acordo com esse modelo, para se obterem bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem-se promover mudanças nos sistemas de saúde, que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

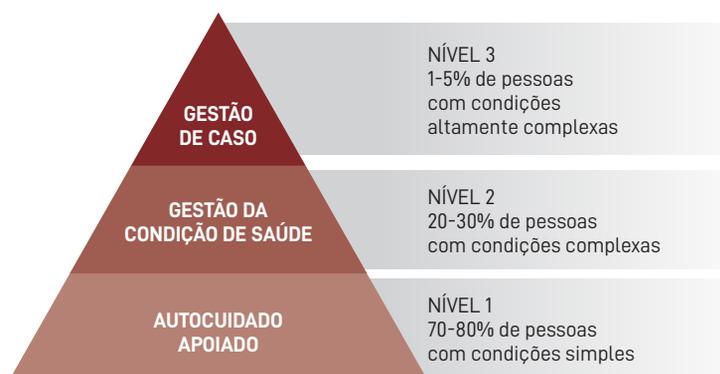
No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas em novas formas de articulação dos serviços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

Há evidências, na literatura internacional, dos efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, como: os portadores de diabetes tiveram 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.<sup>[25]</sup>

## 2.2 O Modelo da Pirâmide de Riscos

O modelo da Pirâmide de Riscos é conhecido, também, como modelo da Kaiser Permanente, porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou em sua rotina assistencial.

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



**Figura 2.** Modelo da Pirâmide de Riscos.  
**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

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

A lógica do modelo da Pirâmide de Riscos está em promover a saúde de toda a população, estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde

mais simples, ofertar a gestão da condição de saúde para as pessoas que tenham condição estabelecida, e 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.<sup>[3]</sup> A figura 3 representa esse modelo.



**Figura 3.** Modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.

**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

De acordo com o modelo, os fatores macro da camada 5 (determinantes distais) devem ser enfrentados por macropolíticas saudáveis, que atuem a fim de reduzir a pobreza e a desigualdade, de modo a superar as iniquidades em termos de sexo 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, como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada é a organização de projetos intersetoriais.

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

Os determinantes sociais da camada 2 (determinantes proximais) tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia intolerância à 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 Sistema Único de Saúde**

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes,<sup>[6]</sup> baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega àquele modelo seminal o modelo da Pirâmide de Riscos e o DSS, para ajustá-lo às singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

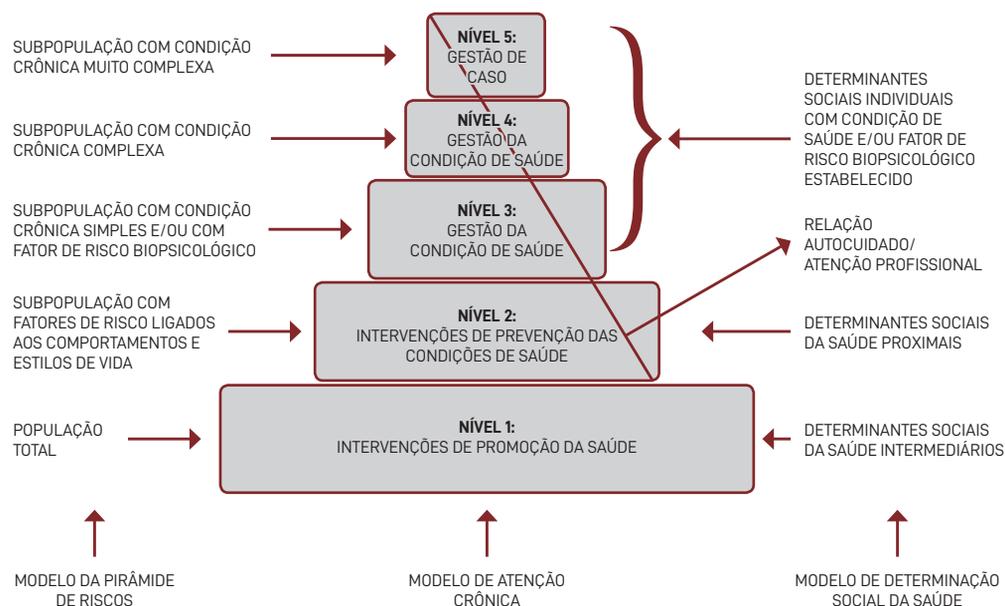
### **2.4.1 A descrição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas**

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob a influência do modelo da Pirâmide de Riscos, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob a influência do 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 lado esquerdo da figura corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob a responsabilidade da APS: o nível 1, a população total e em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

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

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



**Figura 4.** O Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

**Fonte:** Mendes<sup>5</sup>.

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.

Até o segundo nível não há condição de saúde estabelecida e nem manifestação de fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou sexo. 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 modelo da Pirâmide de Riscos.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos – a camada central do modelo de DSS. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão com base na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica, em seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas, segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo modelo da Pirâmide de Riscos. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, sexo, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros.

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

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do modelo da Pirâmide de Riscos, 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, opera-se principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da APS, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, e neste nível é que se necessita de atenção cooperativa dos generalistas da APS e dos especialistas.

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

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

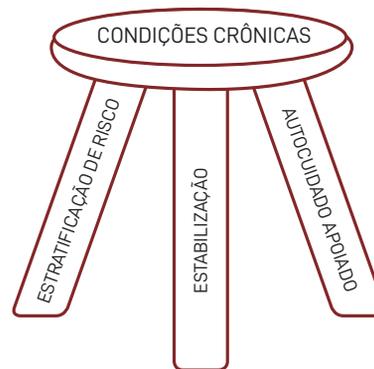
De acordo com a proposta de construção social da APS, os macroprocessos da atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades, foram colocados juntos porque, não obstante incorporarem três diferentes padrões de demanda, a resposta social pela APS é da mesma natureza, ou seja, uma resposta social articulada de forma inovadora e que se expressa em um conjunto variado de tecnologias de intervenção.<sup>[6]</sup> Na metáfora da casa da construção social da APS, esses macroprocessos correspondem à construção da parede verde.

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 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.

A figura 5 representa os objetivos da organização deste macroprocesso, que podem ser resumidos em três elementos: a estratificação de risco, o manejo da condição de acordo com estrato de risco com foco na estabilização (dentro da perspectiva integral) e o autocuidado apoiado.



**Figura 5.** Objetivos do cuidado.

## Perguntas disparadoras

1

Qual a definição de condições crônicas?  
Quais suas características?

2

De que forma as condições crônicas devem ser manejadas?

3

Quais as principais características de cada um dos modelos (de Atenção Crônica, da Pirâmide de Riscos e da determinação social da saúde), que serviram de base para a construção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas?

4

Quais as principais condições crônicas existentes no serviço de saúde? O que você considera necessário para melhorar a atenção às condições crônicas na rede de saúde em que trabalha?

Registre aqui suas respostas

## ● ATIVIDADE 9 – TRABALHO EM GRUPO: O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Vamos, agora, compreender a organização do ambulatório da atenção especializada para o cuidado com as condições crônicas a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. A partir da leitura do **TEXTO 4 – O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**, você encontrará as características da organização desse ambulatório, e a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada na gestão do cuidado.

Em seguida, vamos realizar um exercício sobre o cuidado com condição crônica entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada. Você visualizará uma tabela com descrição de quadros clínicos e deve marcar as opções que apresentam situações em que deve existir o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada.

Você pode resgatar a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nos níveis de atenção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para ajudar no preenchimento do exercício.

Em seguida, o facilitador discutirá com o grupo a resposta correta, interpretando as opções, com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

**Responsável pela atividade:** facilitador em cada grupo.

**Tempo da atividade:** 1 hora e 10 minutos.

## TEXTO 4

### O AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS<sup>5</sup>

O ambulatório da AAE é um ponto de atenção implantado em uma região de saúde, sendo referência para as equipes da APS de todos os municípios. A regionalização da atenção à saúde delimita o território de abrangência e define a população residente beneficiária.

A resolução 23 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>[26]</sup> define que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizadas de maneira resolutiva nos espaços regionais ampliados, denominados "macrorregiões de saúde", que congregam regiões de saúde e seus municípios. No processo de regionalização, o território do ambulatório de atenção especializada deve ser bem definido, abrangendo uma ou mais regiões de saúde, de acordo com os critérios do acesso, economia de escala e qualidade dos serviços. A regionalização também implica na

<sup>5</sup> Texto adaptado do Guia de Tutoria 01 da AAE, anexo 4 - Carteira de serviços

vinculação entre a equipe especializada e as mesmas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios de uma região, mapeando e estabelecendo formas de comunicação direta, para possibilitar a continuidade do cuidado e a integração entre elas. Ou seja, a mesma equipe especializada, para as mesmas equipes de APS, para os mesmos usuários de uma população adscrita.

O público-alvo de um ambulatório de atenção especializada são os usuários com condição crônica complexa ou muito complexa. O modelo de gestão com base populacional propõe o dimensionamento das necessidades de saúde de uma população, a partir de parâmetros epidemiológicos de incidência e prevalência sugeridos nas diretrizes clínicas.

Os serviços ofertados devem ser definidos em função das RAS prioritárias, estar em coerência com as diretrizes clínicas correspondentes e ser dimensionados a partir da necessidade de saúde da subpopulação-alvo, considerando os parâmetros epidemiológicos e assistenciais disponíveis. Desta forma, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) fundamenta a organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) de uma RAS no PlanificaSUS.

### **Funções da Atenção Ambulatorial Especializada**

O ambulatório de atenção especializada deve cumprir quatro funções essenciais: assistencial, educacional, supervisional e de pesquisa clínica.

A função assistencial é desempenhada por uma equipe multiprofissional, que atua de maneira interdisciplinar, aprofundando o manejo clínico dos usuários. As atividades assistenciais são organizadas principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica por todos os profissionais e plano de cuidado. Inclui atendimentos e exames diagnósticos complementares. A vantagem da atenção contínua para o usuário é que ele recebe um atendimento completo em uma única ida ao ambulatório, devendo retornar somente nos casos em que a equipe identifique a necessidade de um novo atendimento ou quando for realizar algum procedimento que requeira preparo, e termina com um plano de cuidados também completo, com todas as recomendações, prescrições e orientações para o cuidado. A vantagem para a gestão municipal é que pode proporcionar um atendimento de qualidade para seus municípios e racionaliza o uso de serviços logísticos, como o transporte sanitário.

Assume o caráter de interconsulta dos usuários de alto e muito alto risco, superando o efeito velcro, que é a propensão a uma vinculação definitiva das pessoas usuárias às unidades especializadas. A atenção é prestada considerando também o critério de estabilidade clínica: os usuários com instabilidade clínica requerem uma maior intensidade de cuidado; uma vez alcançada ou demonstrada tendência clara à estabilidade clínica, este usuário terá a continuidade do cuidado pela APS, com um suporte à distância para eventuais necessidades dos profissionais da AAE e atendimento anual para reavaliação clínica e atualização do plano de cuidados.

Quanto maior for a competência de manejo clínico da APS, a vinculação entre as equipes da APS e AAE e a aplicação de metodologias de fortalecimento da capacidade de autocuidado do usuário, maior a possibilidade de a APS assumir o acompanhamento desses usuários, liberando a agenda da equipe especializada para outros usuários novos identificados.

Do ponto de vista assistencial, mecanismos de compartilhamento do cuidado devem ser definidos e pactuados, tanto no fluxo de "ida" (acesso regulado pelas equipes da APS, critérios clínicos para compartilhamento, formulários e modalidades de agendamento), quanto no fluxo de "volta" (plano de cuidados, monitoramento da estabilização e retornos). A continuidade do cuidado e a vigilância da situação de saúde dos usuários deve ser garantida pelas equipes.

Tendencialmente, o plano de cuidados deve ser assumido como principal instrumento de comunicação entre as equipes, sendo inicialmente elaborado pela equipe da APS, revisado e complementado pela equipe da AAE, e monitorado por ambas as equipes.

As funções educacional e supervisonal são fundamentais para a integração entre as equipes da AAE e da APS. Assim, deve ser garantida uma carga horária protegida para essa finalidade, presencialmente e à distância.

Para desempenhar a função supervisonal, as equipes devem conhecer a tecnologia da gestão da condição de saúde que o MACC propõe em seus níveis 3 e 4 como resposta às subpopulações com condições crônicas simples (baixo e médio risco) ou complexas (alto e muito alto risco). Esta tecnologia é especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS, e propõe a gestão de determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de ações gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

A função de supervisão não significa ação fiscalizatória, mas remete ao apoio de uma outra equipe, com foco na organização dos processos de vigilância e cuidado. Assim, utiliza de metodologias para desenho da linha de cuidado, organização dos processos, e monitoramento e avaliação.

A função educacional visa à qualificação do manejo clínico pelos profissionais da APS. As modalidades são muito diversificadas, mas implicam no conhecimento recíproco, na proximidade e na vinculação entre as equipes. Podem ser presenciais ou à distância, e requerem horário protegido na agenda dos profissionais, tanto da equipe do AAE, como da APS.

Todos os profissionais da equipe devem ser contemplados – não somente os médicos –, já que o manejo clínico especializado significa uma avaliação clínica mais aprofundada dos aspectos orgânicos, mas também nutricional, psíquico, sociofamiliar e funcional, com condutas específicas de cada área. Assim, a educação permanente pode incluir atividades interpares entre profissionais da mesma categoria ou conjuntas, podendo ser organizados tanto nas unidades da APS, como no ambulatório especializado.

As atividades educacionais podem incluir momentos para estudo das diretrizes clínicas, discussão de casos, segunda opinião, atendimento conjunto, monitoramento do plano de cuidados ou cursos rápidos, para conhecimento de temas específicos ou treinamento de habilidades.

Da mesma maneira que são elaborados os roteiros de atendimento dos profissionais na AAE, estes podem apoiar os profissionais da APS na qualificação e na sistematização de sua prática clínica.

Um fator facilitador para a integração entre APS e AAE é a atuação, como membro da equipe especializada, de um médico de família e comunidade e de um enfermeiro de saúde da família, com o papel de apoiar os profissionais da APS, por meio de monitoramento dos processos de cuidado e capacitação no manejo clínico, mobilizando o apoio dos profissionais especialistas, quando necessário.

As ações de supervisão e educação permanente devem ser monitoradas, integrando o painel de indicadores de processos, e avaliadas no aspecto de qualidade do manejo clínico e de impacto na estabilização clínica dos usuários.

A integração entre APS e AAE, por meio do compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, torna os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microsistema clínico, garantindo a atenção contínua e integrada. Essa qualificação progressiva possibilita que a equipe da APS, apoiada pela equipe AAE, assumam, com mais segurança, o cuidado também dos usuários de alto e muito alto risco com estabilidade clínica.

Uma quarta função, de pesquisa clínica e operacional, pode ser agregada ao ambulatório de atenção especializada com o objetivo de gerar evidências sobre o manejo de usuários com condição crônica e seu impacto na estabilização clínica do usuário e nos indicadores finais de morbimortalidade.

### Carteira de serviços

A descrição de uma carteira de serviços tem o objetivo de orientar sobre a organização de determinado serviço ou sistema, com o foco nos elementos que caracterizam o novo modelo de AAE, em relação à estrutura física, ao quadro de pessoal, aos equipamentos e aos exames, incluindo sua descrição e parametrização.

A descrição da carteira de serviços da AAE do PlanificaSUS propõe a sistematização da carteira em três categorias: básica, ampliada e avançada.

<b>Carteira básica</b>	Deve estar disponível no momento de início das atividades do ambulatório
<b>Carteira ampliada</b>	É desejável que esteja disponível no momento de início das atividades do ambulatório. Entretanto, não sendo possível, deverá ser implantada em curto prazo. Nesse intervalo de tempo, a assistência deve ser garantida por meio de fluxos pactuados na rede de atenção
<b>Carteira avançada</b>	Deve ser garantida por meio de fluxos pactuados na rede de atenção. Quando instalada no próprio ambulatório, indica um padrão alto de qualidade e resolutividade do serviço

A carteira de serviços deve respeitar alguns princípios propostos nas RAS:

- Dispor de equipe multiprofissional com atuação clínica interdisciplinar, com competência para o manejo clínico de usuários com condições crônicas complexas ou muito complexas e com disponibilidade para integração com as equipes da APS.
- Dispor de equipamentos e realizar exames especializados.
- Ser coerente com as evidências apontadas pelas diretrizes clínicas, com relação à avaliação clínica, ao diagnóstico, à prescrição de cuidados e ao monitoramento clínico.

- Utilizar novas tecnologias de cuidado das condições crônicas.
- Participar, junto das equipes da APS, da gestão da condição de saúde da população do território de abrangência.

Do ponto de vista quantitativo, o número de profissionais, a distribuição de sua carga horária, o número de equipamentos e sua capacidade operacional para realização de exames especializados e o número de espaços de atendimento serão dimensionados em proporção às subpopulações-alvo e às metas pactuadas.

### Exercício de fixação

Considerando as redes de atenção à saúde organizada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, o usuário certo, no tempo certo, local certo, com o custo certo, com a qualidade certa, marque com um X nos critérios que configuram a necessidade de compartilhamento do cuidado da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Ambulatorial Especializada.

Usuário com hipertensão arterial sistêmica e <i>diabetes mellitus</i> residente em área de risco	<input type="checkbox"/>
Usuário com histórico familiar para hipertensão arterial sistêmica e <i>diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/>
Usuário com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica com lesão de órgão-alvo	<input type="checkbox"/>
Gestante analfabeta desempregada e moradora de área de risco	<input type="checkbox"/>
Usuário apresentando elevação da pressão arterial e em uso de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>
Criança com cardiopatia congênita	<input type="checkbox"/>
Usuário com diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> tipo 1	<input type="checkbox"/>
Usuário gestante com diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional	<input type="checkbox"/>
Usuário de 82 anos com diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/>
Gestante negra, com 42 anos de idade, baixo peso, analfabeta, moradora da área rural.	<input type="checkbox"/>
Usuário com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e <i>diabetes mellitus</i> com transtorno psiquiátrico moderado/grave.	<input type="checkbox"/>
Usuário com hipertensão arterial sistêmica com retinopatia hipertensiva.	<input type="checkbox"/>
Usuário portador de hipertensão arterial sistêmica e ou <i>diabetes mellitus</i> que manifestou três episódios de agudização de suas condições crônicas nos últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>
Gestante indígena, 15 anos, sobrepeso.	<input type="checkbox"/>
Usuário idoso frágil, acamado, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e <i>diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/>
Usuário com <i>diabetes mellitus</i> tipo 2 compensado, com história de diarreia crônica, perda de memória, formigamento generalizado, disfunção sexual e depressão leve	<input type="checkbox"/>

## AVALIAÇÃO

Vamos avaliar o nosso *workshop* de hoje. Sua opinião é muito importante para melhorarmos este processo. Conto com sua avaliação! Você pode acessá-la pelo *link*: <http://j.mp/2VwN9YA>

## REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Goeran\\_Dahlgren/publication/5095964\\_Policies\\_and\\_strategies\\_to\\_promote\\_social\\_equity\\_in\\_health\\_Background\\_document\\_to\\_WHO\\_-\\_Strategy\\_paper\\_for\\_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf)
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://8www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Institute of Medicine (IOM). Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington: The National Academies Press; 1990.
9. Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA*. 1990;263(9):877-80.
10. Harbour RT. Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008.
11. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteus M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998; 316(7151):133-7.
12. Thompson J, Pickering S. Vías de asistencia integrada: su contribución al gobierno clínico y la gestión eficiente. In: Pickering S, Thompson J. Gobierno clínico y gestión eficiente: cómo cumplir la agenda de modernización. Barcelona: Churchill Livingstone Elsevier; 2010. p.
13. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
14. Cochrane D. Evidence-based medicine in practice. In: Cochrane D, ed. Managed care and modernization. Buckingham: Open University Press; 2001.
15. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy E, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, orgs. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Mullaly CB. The case manager's handbook. Maryland: Aspen Publications; 1998.
17. Alliota SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham: Open University Press; 2001.
18. Powell SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincot Williams & Williams; 2000.
19. Lopes JM. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JM, org. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. v. I, 2012.
20. GUSO GDF. 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.

21. Wiles D. Sweden´s road safety vision catches on. Sweden Today. 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Sep 23]. Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos\\_de\\_atencao\\_basica\\_-\\_volume\\_ii.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/documentos-norteadores/cadernos_de_atencao_basica_-_volume_ii.pdf)
23. Oliveira BB. Atenção ao evento agudo. Santo Antônio do Monte: Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte; 2014.
24. Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*. 1996;74(4):511-44.
25. Rand Health. Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project, 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 37, 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://www.lex.com.br/legis\\_27629181\\_RESOLUCAO\\_N\\_37\\_DE\\_22\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx)

# RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

Acesse aqui algumas das portarias citadas neste guia:

## REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)

## PUBLICAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : obesidade. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Sep 23]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)

## LIVROS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2016 [cited Sep 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Sep 23]. Available from: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>



