



**LIACC /
SAMONTE**

ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OFICINA III

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS

Santo Antônio do Monte
Setembro, 2013

**LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES
CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE, MINAS
GERAIS (LIACC/SAMONTE)**



PARCERIA

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - CONASS

Organização Panamericana de Saúde – OPAS



1. OBJETIVOS

Esta oficina tem como objetivos possibilitar aos participantes:

- Compreender a fundamentação teórica sobre a estratificação de risco das condições crônicas.
- Compreender a estratificação de risco das condições crônicas relativas às redes de atenção à saúde prioritárias: gestação, criança menor que um ano, hipertensão, diabetes e doença renal crônica.
- Compreender a classificação de risco familiar: objetivo, metodologia e instrumento.

2. PRODUTOS

Ao final do período de dispersão desta oficina, a equipe da SMS deverá desenvolver os seguintes produtos:

- Plano de implantação da estratificação de risco para a gestação, criança menor que um ano, hipertensão, diabetes e doença renal crônica.
- Classificação de risco de todas as famílias cadastradas nas áreas de abrangência das UAPS.

3. PROGRAMAÇÃO

Esta oficina tem uma carga horária de 8 horas e conta com atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e atividades em plenário.

TEMPO	ATIVIDADE	TEMA
08h00 – 08h30	Abertura	
08h30 – 09h00	Exposição	As condições crônicas de saúde
09h00 – 09h45	Exposição	A estratificação de risco das condições crônicas
09h45 – 11h00	Trabalho em Grupo	A estratificação de risco das condições crônicas
11h00 – 12h00	Exposição	A estratificação de risco nas redes de atenção prioritárias: gestação e criança menor que 1 ano
12h00 – 13h30	Intervalo para almoço	
13h30 – 15h00	Exposição	A estratificação de risco nas redes de atenção prioritárias: hipertensão, diabetes e doença renal crônica
15h00 – 16h30	Exposição	A classificação de risco familiar
16h30 – 17h00	Plenário	Plano de Trabalho para o Período de Dispersão
17h00 – 17h30	Plenário	Encaminhamentos, avaliação e encerramento

4. ROTEIRO DAS ATIVIDADES

4.1 ABERTURA

Objetivos:

- Saudar os participantes.
- Apresentar os objetivos da oficina.
- Orientar quanto à programação e metodologia da oficina.
- Pactuar os compromissos com os participantes.

4.2 EXPOSIÇÃO: AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

Esta atividade tem como objetivo compreender o conceito de condição crônica e o que a diferencia da condição aguda e do evento.

4.2.1 TEXTO DE APOIO 1

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ¹

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem

¹ Eugenio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012

respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde – o objeto dos sistemas de atenção à saúde – certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido.

Por tudo isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (VON KORFF et al, 1997; HOLMAN E LORIG, 2000), e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

O recorte da tipologia de condições de saúde faz-se a partir da forma como os profissionais, as pessoas usuárias e os sistemas de atenção à saúde se organizam na atenção; se de forma reativa e episódica ou se de forma proativa e contínua. Isso é diferente da clássica tipologia de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis que se sustentam, principalmente, na etiopatogenia das doenças. Ademais, condição de saúde vai além de doenças por incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde.

Essa tipologia está orientada, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde: primeira, o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e por fim, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado.

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (VON KORFF et al., 1997; SINGH, 2008).

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes.

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdomen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida.

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Em geral, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas que, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que leva a condição crônica (LORIG et al., 2006).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. De outra forma, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos tópicos de transformação em eventos agudos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*) em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos..

Por fim, se, de um lado, as condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente, as condições

crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos, decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo mal manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde. Portanto, os eventos agudos são diferentes de condições agudas e é comum que ocorram, também, nas condições crônicas. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas podem se manifestar, em momentos discretos e de forma exuberante, sob a forma de eventos agudos.

O quadro a seguir procura sintetizar as características que diferenciam as condições agudas e crônicas e a forma como são respondidas pelos sistemas de atenção à saúde.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
INÍCIO	Rápido	Gradual
CAUSA	Usualmente única	Usualmente múltiplas causas
DURAÇÃO	Curta	Longa ou permanente
DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO	Comumente acurados	Usualmente incertos
TESTES DIAGNÓSTICOS	Freqüentemente decisivos	Freqüentemente de valor mais restrito
RESULTADO	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
NATUREZA DAS INTERVENÇÕES	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
CONHECIMENTO E AÇÃO CLÍNICA	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pela equipe multiprofissional e pelas pessoas usuárias
PAPEL DA PESSOA USUÁRIA	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	Reativo, episódico e fragmentado	Proativo, contínuo e integrado

Fontes: Von Korff (1997); Holman e Lorig (2000); Organização Mundial da Saúde (2003); Lorig et al. (2006)

4.3 EXPOSIÇÃO: A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Esta atividade tem como objetivo compreender a fundamentação teórica para a estratificação de risco das condições crônicas e sua aplicação no modelo de atenção às condições crônicas.

4.3.1 TEXTO DE APOIO 2

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS ²

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RASs.

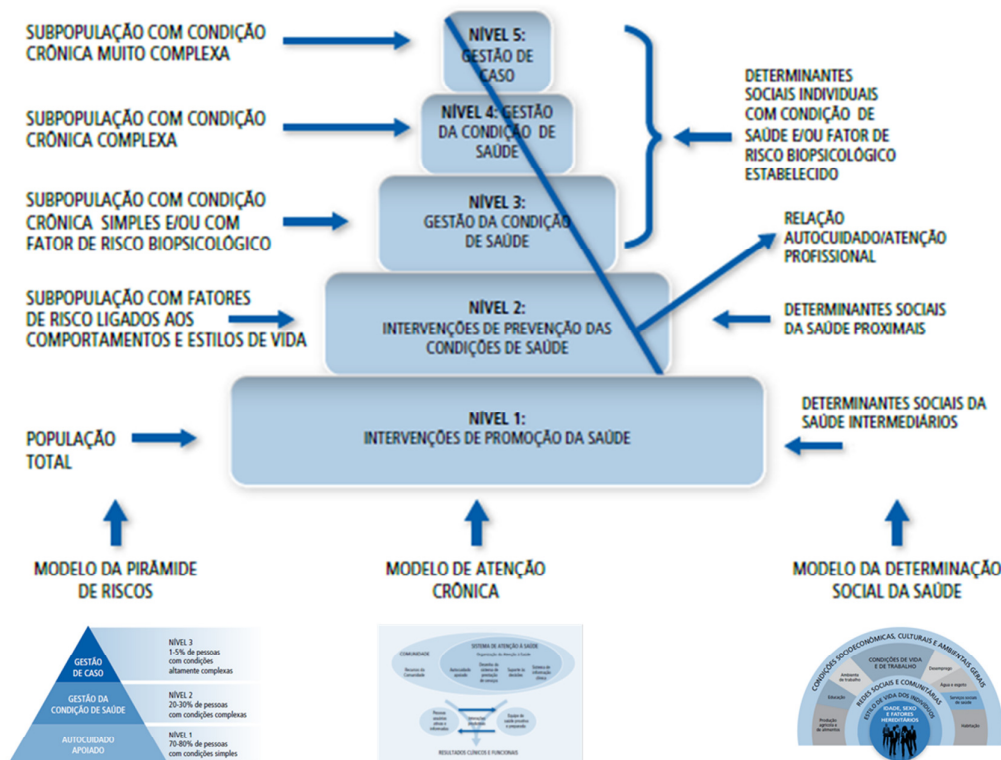
É um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e a identificação das subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC desenvolvido por Mendes (2011) propõe a incorporação do Modelo da Pirâmide de Risco – MPR possibilitando esse conhecimento da população e a gestão de base populacional, necessárias para um sistema de atenção à saúde público e universal, como o SUS.

² Eugenio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012

A coluna da esquerda da figura abaixo, que retrata o MACC, mostra a influência do MPR: a população total é estratificada em subpopulações por estratos de riscos.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes, 2009

O modelo da pirâmide de riscos

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

O MPR transcendeu a organização que o criou e tem sido utilizado, crescentemente, em países como Austrália, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos,

Nova Zelândia e Reino Unido. A aplicação desse modelo em diferentes países e em sistemas públicos e privados vem enriquecendo sua utilização na prática social. No Reino Unido, o MPR tem sido extensivamente adotado, com bons resultados, em projetos realizados em várias regiões, num experimento denominado de Kaiser Beacon, conduzido pela Agência de Modernização do Serviço Nacional de Saúde.

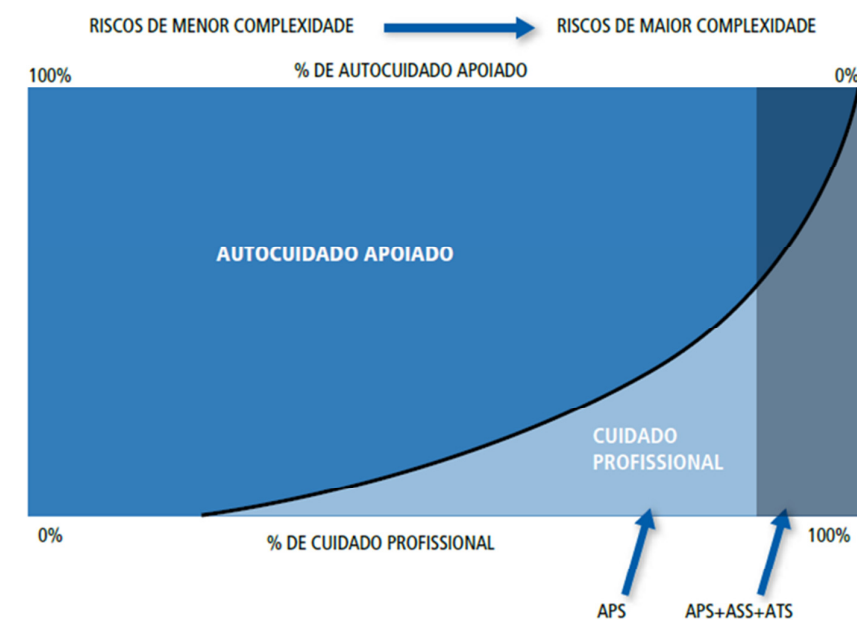
Os modelos de base do MPR

O MPR está em consonância com os achados de Leutz. Para esse autor as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição. A aplicação desses critérios permite estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo grupo seria constituído por portadores de condição moderada. O terceiro grupo seria constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado.

Além disso, o MPR está sustentado pela teoria do espectro da atenção à saúde, utilizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, representada na Figura 1.

Conforme se verifica, o cuidado das condições crônicas estabelece-se num espectro que varia de 100% de autocuidado apoiado (por exemplo, escovação regular dos dentes) até 100% de cuidado profissional (por exemplo, um procedimento de neurocirurgia). Entre esses dois extremos tende a haver um *mix* de autocuidado apoiado e de cuidado profissional. Esse *mix* varia em função da complexidade dos riscos, de tal forma que pessoas com condições crônicas simples terão uma proporção de autocuidado apoiado maior em relação ao cuidado profissional, que as pessoas portadoras de condições crônicas muito ou altamente complexas.

Figura 1: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



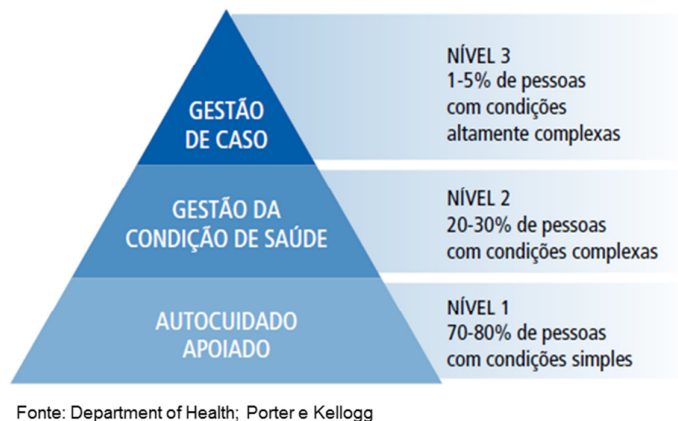
APS: Atenção primária à saúde | ASS: Atenção secundária à saúde | ATS: Atenção terciária à saúde

Fonte: Brock

A descrição do MPR

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

Figura 2: O modelo da pirâmide de riscos



A Figura 2 mostra que uma população portadora de uma condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade: 70% a 80% estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples; 20% a 30% estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa; e, finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.

O MPR evoluiu gradativamente desde um foco em portadores de condições de saúde muito complexas até os seus três níveis atuais. O foco foi, inicialmente, na atenção às pessoas com necessidades altamente complexas (nível 3), à semelhança de outros modelos, o modelo *Evercare* e o modelo *Pfizer*, mas evoluiu para incorporar a população inteira de portadores de uma determinada condição crônica e atendê-la com intervenções próprias dos três níveis de necessidades.

O MPR sofreu influência do *Chronic Care Model* - CCM, mas apresenta algumas singularidades: a integração do sistema de atenção à saúde; a estratificação da população por riscos e o seu manejo por meio de tecnologias de gestão da clínica; os esforços em ações promocionais e preventivas; a ênfase no autocuidado apoiado; o alinhamento da atenção com as necessidades de saúde das pessoas usuárias; o fortalecimento da APS; a completa integração entre a APS e a atenção especializada; e a ênfase na tecnologia de informação voltada para a clínica.

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

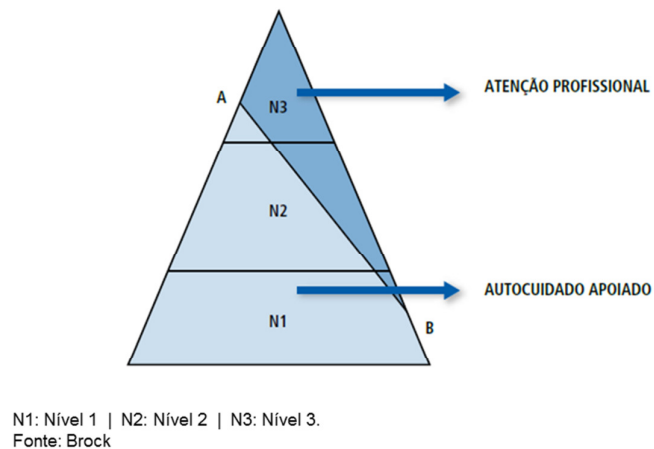
As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

Nos princípios gerais: alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos; as pessoas usuárias são parceiras na atenção à saúde; as pessoas usuárias são consideradas autoprestadoras de cuidados; a informação de saúde é essencial; a melhoria da atenção se dá pela colaboração entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias; as pessoas usuárias são consideradas membros da equipe de APS; a APS é fundamental, mas seus limites com a atenção secundária devem ser superados; uso intensivo de cuidado por internet (e-cuidado); e o uso não programado dos cuidados especializados e das internações hospitalares é considerado uma falha sistêmica, portanto, um evento-sentinela.

Nas estratégias-chave: a educação das pessoas usuárias em todos os níveis de atenção, prestada de forma presencial e a distância; a educação em saúde deve abranger todo o espectro da atenção às condições crônicas; o sistema de atenção à saúde deve ter foco nas pessoas segundo riscos, ser proativo e ofertar atenção integral; o plano de cuidado deve ser feito de acordo com diretrizes clínicas baseadas em evidência que normatizem o fluxo das pessoas no sistema e em cooperação entre as equipes e as pessoas usuárias; e a atenção deve estar suportada por sistemas de tecnologia de informação potentes, especialmente por prontuários clínicos integrados.

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

Figura 3: Concentração relativa de atenção profissional e autocuidado apoiado



A parte superior da linha AB significa a atenção profissional e a parte inferior da linha AB significa o autocuidado apoiado. Pode-se, então, verificar que, na medida em que evolui o grau de risco de uma população portadora de condição crônica, vai se modificando a relação entre autocuidado apoiado e atenção profissional.

Consequentemente, as condições crônicas simples, que constituem 70% a 80% dos casos, são enfrentadas com concentração relativa de autocuidado apoiado; ao contrário, as condições crônicas altamente complexas, até 5% dos casos, tendem a ter uma concentração maior de atenção profissional.

O MPR divide as pessoas portadoras de uma condição crônica em três níveis, segundo estratos de risco definidos por graus de necessidades, conforme se vê na Figura 2.

No nível 1 está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica.

No nível 2, a subpopulação apresenta um risco maior porque tem um fator de risco biopsicológico ou uma condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou um potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de uma equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de APS com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado

continua a ser importante para essa subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nessa população, um alto uso de recursos de atenção à saúde.

Finalmente, no nível 3 está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem um gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nessa subpopulação, um uso muito intensivo de recursos de atenção à saúde.

Na Figura 3, a parte inferior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade menores, corresponde ao campo de ação de concentração relativa das intervenções de autocuidado apoiado em relação à atenção profissional.

Diferentemente, a parte superior à linha AB, cuja área é dominada por níveis de complexidade mais altos, corresponde ao campo de ação em que há uma maior proporção de atenção profissional em relação ao autocuidado apoiado, envolvendo, inclusive, a atenção especializada; no terceiro nível predomina a atenção profissional, convocando a ação coordenadora de um profissional de saúde que cumpre as funções de um gestor de caso.

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

Por exemplo, no nível 1, o cuidado é provido, em geral, por profissionais da ESF, seja como apoiadores ao autocuidado, seja como provedores de cuidado profissional.

Nos níveis 2 e 3, há a presença de profissionais especializados que atuam coordenadamente com os profissionais da ESF. No nível 3, há uma presença relativa forte de cuidados profissionais, coordenados por um gestor de caso.

Essa lógica de organização tem um forte impacto racionalizador na agenda dos profissionais de saúde. É comum que as equipes da ESF que não trabalham com a estratificação de riscos das condições crônicas, ofertem, excessivamente,

consultas médicas e de enfermagem comprometendo a sua agenda com cuidados que não agregam valor às pessoas. Por exemplo, no SUS, é rotineiro que os portadores de hipertensão de baixo e médio riscos estejam recebendo 6 consultas médicas e 6 consultas de enfermagem por ano, o que não é necessário, segundo as evidências científicas. Essa sobreoferta de serviços profissionais compromete e desorganiza a agenda das unidades da ESF. Além disso, não raro essas pessoas são encaminhadas a especialistas, comprometendo a agenda desses profissionais desnecessariamente.

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

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

É preciso ter claro que, na aplicação clínica, os estratos de risco devem ser cruzados com a capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de condições crônicas. Dessa forma, em algumas situações, uma pessoa estratificada no nível 1, se tiver uma capacidade muito baixa de autocuidado, poderá ter uma concentração de cuidados profissionais maior que a preconizada na linha-guia para aquele nível de estratificação.

A importância do MPR na atenção às condições crônicas

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos,

segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela ESF, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão baseada na população. A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as, por riscos, e define, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na ESF, enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto riscos têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a co-participação da APS e da atenção especializada.

Numa linha-guia da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a APS, a hipertensão arterial – uma subpopulação com prevalência estimada de 20% da população adulta – está estratificada da seguinte forma: portadores de hipertensão de baixo risco, 40% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de médio risco, 35% da subpopulação de portadores de hipertensão; portadores de hipertensão arterial de alto e muito alto riscos, 25% da subpopulação de portadores de hipertensão. As intervenções sanitárias propostas na linha-guia são distintas para os diferentes estratos de risco, concentrando-se a intensidade da atenção profissional e especializada nos portadores de alto e muito alto riscos, 25% do total da subpopulação portadora de hipertensão.

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares.

A atenção à saúde baseada na população move o sistema de atenção de um indivíduo que necessita de cuidado para o planejamento e a prestação de serviços a uma população determinada, o que vai exigir da ESF conhecimentos e habilidades para captar as necessidades de saúde da população e de suas subpopulações de acordo com seus riscos.

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da ESF e que expressa o seu papel, nas RASs, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode se limitar a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco sociosanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, a essência das RASs, e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde.

As metodologias de estratificação de riscos de uma população podem envolver classificações que coordenem, simultaneamente, dois tipos de variáveis: a severidade da condição crônica estabelecida (por exemplo, baixo risco, médio risco, alto risco, muito alto risco e/ou co-morbidades) e o grau de confiança e o apoio para o autocuidado (baixo, médio e alto). Disso resultam algumas situações-tipo: pessoas que apresentam condições crônicas muito complexas e têm poucos recursos de autocuidado, um percentual muito pequeno das pessoas

usuárias, convocam a tecnologia da gestão de caso; pessoas que apresentam condições crônicas de alto e muito alto riscos e que têm certa capacidade de se autocuidarem ou pessoas que apresentam condições crônicas de menor risco, mas sem capacidade de se autocuidarem, são acompanhados pela tecnologia da gestão de condição de saúde e com ênfase relativa nos cuidados profissionais; e pessoas que são portadoras de condições de baixo e médio riscos e que apresentam autocapacidade para se manterem controladas, a maior parte da população, são atendidas pela tecnologia de gestão da condição de saúde, mas com base no autocuidado apoiado.

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com: uma melhor qualidade da atenção à saúde; impactos positivos nos resultados clínicos; e maior eficiência no uso dos recursos de saúde.

4.4 ESTUDO DIRIGIDO: A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Esta atividade tem como objetivo compreender a fundamentação teórica para a estratificação de risco das condições crônicas e sua aplicação no modelo de atenção às condições crônicas.

4.4.1 TRABALHO EM GRUPO: ORIENTAÇÃO

- Os participantes da oficina serão divididos em grupos.
- Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator.
- Ler o texto de apoio “A estratificação de risco das condições crônicas”.

- Discutir e responder à pergunta: Qual a importância da estratificação de risco das condições crônicas na organização da atenção primária à saúde do município de Santo Antônio do Monte?
- O relator terá 10 minutos para apresentar o resultado final.

4.5 EXPOSIÇÃO: A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIORITÁRIAS: GESTAÇÃO E CRIANÇA MENOR QUE 1 ANO

Esta atividade tem como objetivo compreender a estratificação de risco das condições crônicas relativas às redes de atenção à saúde prioritárias: gestação e criança menor que 1 ano.

4.5.1 TEXTO DE APOIO 3

Ver documento em anexo: “Atenção à Saúde da Gestante, Novos Critérios para Estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante”.

4.5.2 TEXTO DE APOIO 4

Ver documento em anexo: “Atenção à Saúde da Criança – Estratificação de Risco e Fluxo de Encaminhamento”.

4.6 EXPOSIÇÃO: A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIORITÁRIAS: HIPERTENSÃO, DIABETES E DOENÇA RENAL CRÔNICA

Esta atividade tem como objetivo compreender a estratificação de risco das condições crônicas relativas às redes de atenção à saúde prioritárias: hipertensão, diabetes e doença renal crônica.

4.6.1 TEXTO DE APOIO 5

Ver documento em anexo: “A estratificação de risco para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica”.

4.7 EXPOSIÇÃO: A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

Esta atividade tem como objetivo possibilitar aos participantes compreender a classificação de risco familiar: objetivo, metodologia e instrumento.

4.7.1 TEXTO DE APOIO 3

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR

A classificação de riscos familiares deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. Assim, o trabalho de saúde da família deve conhecer a população de responsabilização e identificar os fatores de riscos e de proteção nelas existentes.

Os fatores de riscos são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais que estão associados, estatisticamente, a maiores probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade. Por sua vez, os fatores protetores dizem respeito a influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem a resultados não adaptativos.

Por outro lado, as famílias exercitam estilos de vida e formas de relacionamentos que podem ser saudáveis (fatores protetores) ou patogênicos (fatores de riscos). As condutas de risco são ações ativas ou passivas que acarretam consequências negativas para a saúde ou comprometem aspectos de seu desenvolvimento.

É importante, pois, no diagnóstico da população adscrita à ESF identificar aquelas em que predominam os fatores de riscos e existem poucos fatores protetores. Esses fatores não têm um valor em si quando vistos separadamente porque o importante é que a relação entre os distintos fatores é o que determina como as pessoas e as famílias vão reagir frente a uma situação determinada. Portanto, é importante conhecer o conjunto de fatores envolvidos numa situação de risco e como interação entre si.

O Quadro abaixo mostra os fatores de riscos e protetores nas pessoas e nas famílias.

³ Eugenio Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, OPAS, 2012

FATORES	RISCOS	PROTETORES
PESSOAIS	Desnutrição, gravidez precoce, adições, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce e tendências a evitar os problemas ou ao fatalismo	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução de problemas
FAMILIARES	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiências, doença terminal, ausência de planejamento familiar	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai ou mãe e pais estimuladores
SOCIAIS	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Para uma ação efetiva e equitativa da ESF é fundamental, com base no cadastro familiar e no diagnóstico dos fatores de riscos e protetores, elaborar uma classificação de riscos familiares.

Essa classificação de riscos familiares tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a classificação dessas famílias em: sem riscos, baixos riscos, médios riscos e altos riscos. Os critérios de riscos expressam-se nas prioridades de atendimento das famílias, de tal forma que há que se discriminarem positivamente as de maiores riscos.

O trabalho da ESF deve levar em conta a classificação de riscos das famílias adscritas às equipes do programa. O trabalho com famílias em situações de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, constituído por tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados.

A classificação de riscos das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada pessoa usuária.

A classificação de risco familiar ⁴

Objetivos:

- Conhecer as famílias da área de abrangência da ESF;
- Identificar os fatores de risco presentes;
- Fazer a classificação por grau de risco.

Metas:

- 100% das famílias da área de abrangência classificadas por risco.

A família deve ser o primeiro sujeito do cuidado com a saúde dos seus integrantes e, para isso, precisa aprender a identificar todos os fatores que a colocam em risco e a como reagir diante destas situações. Portanto, esta atividade de classificação por grau de risco deve cumprir também este objetivo educativo para a família, além de levantar os dados para o planejamento das intervenções.

Operacionalização:

- A classificação de risco das famílias deve seguir os seguintes passos:

PASSO 1: identificação dos fatores de risco

- A equipe deve identificar os fatores de risco sócio-econômicos a partir dos dados coletados no cadastro de saúde da família.
- Para os critérios clínicos, deverá identificar os integrantes da família que portarem alguma condição crônica, sendo priorizadas aquelas relacionadas às redes de atenção prioritárias (gestante, criança menor que 1 ano, hipertenso, diabético e renal crônico). As condições referidas no momento

⁴ Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

do cadastro familiar não deverão ser consideradas para a classificação, devendo, antes, ser encaminhadas para confirmação diagnóstica pela equipe.

- Os dois grupos de critérios para a classificação de risco das famílias são apresentados nos quadros abaixo.

FATORES DE RISCO SÓCIO-ECONÔMICOS

É considerada de risco a família que apresente um ou mais dos fatores de risco listados abaixo:

Alfabetização do chefe da família:	• Chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.
Renda familiar:	• Situação de extrema pobreza, ou seja, inclusão no Programa Bolsa Família.
Abastecimento de água:	• Domicílio não tem abastecimento de água adequado, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras.

PONTUAÇÃO:

Nenhum dos fatores de risco	0
Presença de um dos fatores de risco	1
Presença de dois fatores de risco	2
Presença de três fatores de risco	3

CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS

É considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma ou mais das seguintes condições ou patologias por ciclo de vida:

Gestante de alto risco

Criança de alto risco

Hipertenso de alto ou muito alto risco

Diabético de alto ou muito alto risco

Indivíduo com Doença Renal Crônica de alto ou muito alto risco

Outras condições crônicas de alto risco definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

PONTUAÇÃO:

Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0
Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1
2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2
1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3

PASSO 2: pontuação

- Tendo identificado os fatores, discutir o caso da família e realizar a pontuação para cada um dos critérios.
- Em seguida, fazer a somatória das duas pontuações, chegando à pontuação total, de acordo com o quadro abaixo:

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
P		0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	4	5	6

PASSO 3: classificação

- Como último passo, fazer a classificação de acordo com o score abaixo:

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 – 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

- A família deverá ser orientada a respeito da sua situação e sobre os cuidados a serem tomados.

Cronograma:

- A classificação de risco deverá ser feita no mesmo período do cadastro da família.
- A sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver uma mudança significativa da situação familiar.

4.8 PLENÁRIO: ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE DISPERSÃO

Esta atividade tem como objetivo planejar as atividades do Período de Dispersão para desenvolvimento dos seguintes produtos:

4.8.1 ALINHAMENTO CONCEITUAL:

- Organizar com os gerentes das UBS's um momento de discussão com as equipes dos principais conceitos sobre condições crônicas e estratificação de risco das condições crônicas.

4.8.2 CURSO RÁPIDO SOBRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

- Acompanhar os cursos rápidos sobre estratificação de risco da gestação, ciclo de vida da criança de 0 a 2 anos, hipertensão e diabetes.

4.8.3 AGENDA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

- Definir com cada equipe a agenda para reavaliação dos usuários gestantes, crianças menor de dois anos, hipertensos e diabéticos já

cadastrados nas UBS's com o objetivo de atualizar a estratificação de risco, de acordo com as novas diretrizes.

4.8.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS:

- Classificar o risco das famílias com atualização de cadastro já realizada e cujos integrantes com diagnóstico ou suspeição de uma das condições crônicas priorizadas já tenham sido reavaliados para atualização da estratificação de risco.

4.8.5 AGENDA:

- Estabelecer um cronograma para que os produtos sejam desenvolvidos, utilizando a matriz abaixo:

PRODUTO	PRAZO	RESPONSÁVEL

4.9 PLENÁRIO: A AVALIAÇÃO DA OFICINA

Esta atividade visa avaliar se os objetivos da oficina foram alcançados.

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES