



**LIACC /
SAMONTE**

**REVISÃO DAS
DIRETRIZES CLÍNICAS**

OFICINAI

**VALIDAÇÃO DA
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS
CONDIÇÕES CRÔNICAS**

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 os fundamentos sobre a gestão da clínica e sua importância para a organização das redes de atenção à saúde.
- Compreender os fundamentos sobre diretrizes clínicas e, em especial, as linhas-guias: justificativa, conceito, metodologia para elaboração e instrumento para avaliação.
- Compreender a fundamentação teórica sobre a estratificação de risco das condições crônicas.
- Validar a estratificação de risco das condições crônicas abordadas no LIACC – gestação, criança menor que um ano, hipertensão, diabetes e doença renal crônica.
- Elaborar um plano de implantação das estratificações através de cursos rápidos para os profissionais das equipes de saúde da família.

2. PRODUTOS

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

- Estratificação de risco das condições crônicas implantada nas equipes de APS.

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
8h30 – 8h45	Abertura e apresentação dos objetivos e programação da oficina	
8h45 – 9h30	Exposição	A gestão da clínica e as diretrizes clínicas
9h30 – 10h15	Exposição	A estratificação de risco no modelo de atenção às condições crônicas
10h15 – 10h30	Intervalo	
10h30 – 12h00	Trabalho em grupo	Estudo dirigido: A estratificação de risco nas condições crônicas
12h00 – 13h30	Intervalo para o almoço	
13h30 – 15h30	Trabalho em grupo	- Grupo 1: Apresentação e discussão da estratificação de risco para a gestação e criança menor que 1 ano - Grupo 2: Apresentação e discussão da estratificação de risco para a hipertensão, diabetes e doença renal crônica
15h30 – 16h00	Plenário	Apresentação do relato dos grupos
16h00 – 17h00	Plenário	Elaboração do plano de implantação da estratificação de risco
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: A GESTÃO DA CLÍNICA E AS DIRETRIZES CLÍNICAS

Esta atividade tem como objetivo a compreensão dos fundamentos sobre as Redes de Atenção à Saúde, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS, a gestão da clínica e as diretrizes clínicas.

4.2.1 TEXTO DE APOIO 1

A GESTÃO DA CLÍNICA¹

As mudanças dos modelos de atenção à saúde e de organização do sistema de saúde implicam em mudança do modelo de gestão do sistema de saúde. No

¹ Texto elaborado por Maria Emi Shimazaki, 2009.

modelo de atenção às condições agudas, o sistema é fragmentado, a gestão é empírica e focada nos recursos. No modelo de atenção às condições crônicas, o sistema é integrado, organizado a partir de redes de atenção à saúde, a gestão é baseada em evidência e voltada para as ações finalísticas do sistema de saúde – a gestão da clínica (MENDES, 2003; SHIMAZAKI, 2007).

Na gestão empírica, as decisões baseiam-se nos valores pessoais dos gestores e nos recursos existentes. Em contraposição, a gestão baseada em evidência fundamenta-se nas evidências científicas, em avaliações econômicas e tecnológicas em saúde (MENDES, 2003).

Há uma convergência nos sistemas de serviços de saúde de países desenvolvidos na apropriação da gestão baseada em evidência nos processos decisórios e na formulação das políticas de saúde, pelo impacto direto sobre os custos, a qualidade e os resultados da atenção (MENDES, 2003).

A grande inovação na gestão do sistema de saúde dá-se através da gestão da clínica que tem como objetivo assegurar padrões clínicos ótimos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade das práticas clínicas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002).

Para assegurar eficiência e efetividade clínica, a gestão da clínica deve viabilizar a coordenação da atenção, a integração das ações e a continuidade do cuidado, nas redes de atenção à saúde. A continuidade do cuidado pode ser viabilizada através da: informação sobre os cuidados prestados aos cidadãos ao longo do tempo, nos vários pontos de atenção à saúde; relação entre o cidadão e o profissional ou equipe responsável pelo cuidado ao longo de um tempo; provisão da atenção de forma coordenada ao longo de um tempo (NAVARRETE et al, 2007).

A gestão da clínica dispõe de um conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar verticalmente os diversos pontos de atenção à saúde para conformar uma rede de atenção à saúde, capaz de prestar a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa (MENDES, 2002).

Dentre os instrumentos tecnológicos de gestão da clínica, destacam-se: instrumentos de coordenação da atenção - a normalização e a adaptação mútua;

sistemas de informação clínica – integração de registros clínicos, suporte a decisão clínica, análise de resultados clínicos; instrumentos de gestão da atenção – gestão da condição de saúde e gestão de casos (NAVARRETE et al, 2007).

A normalização é uma das bases para a coordenação da atenção e visa estabelecer um padrão de qualidade do cuidado em toda a rede de atenção à saúde. A normalização é realizada através da padronização dos processos de trabalho, das habilidades e dos resultados (NAVARRETE et al, 2007; MINTZBERG, 1988; GALBRAITH, 1977).

Para a adaptação mútua (NAVARRETE et al, 2007; MINTZBERG, 1988; GALBRAITH, 1977), utilizam-se mecanismos de comunicação informal (correio eletrônico, correio postal, telefone, reuniões informais, entre outros) e dispositivos formais (grupos de trabalho, comitês permanentes, direção integrada, estruturas matriciais, entre outras).

Os sistemas de informação clínica devem fornecer informações que conectem os usuários, os profissionais de saúde e os prestadores de serviços para viabilizar a continuidade do cuidado. Estes sistemas devem conter quatro subsistemas: i. informação econômica; ii. informação operacional sobre a trajetória do usuário na rede de atenção à saúde; iii. programação e análise da demanda, a avaliação dos resultados e a utilização dos serviços; iv. informação clínica (NAVARRETE, 2007).

Por este conjunto de fundamentos e instrumentos adotados, é crescente a utilização da gestão da clínica em vários países e a constatação do ganho de eficácia e eficiência nos sistemas de serviços de saúde, quando comparada à clássica gestão de recursos, centrada apenas em recursos humanos, materiais e financeiros (MENDES, 2003).

As diretrizes clínicas

Por definição, as diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e dos usuários a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas (MENDES, 2002b; INSTITUTE of MEDICINE, 1990).

Segundo Mendes (2007), as diretrizes clínicas são desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

A possibilidade de ordenar previamente os fluxos dos usuários ao longo de todos os pontos de atenção da rede de atenção à saúde e de estabelecer as intervenções em cada qual, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, é que confere a diretriz clínica, a possibilidade de servir de instrumento para o desenho da rede de atenção à saúde (MENDES, 2007).

A elaboração da diretriz clínica que envolve várias etapas (SHEKELLE et al., 1990; FELTON, 1998; COCHRANE, 2001, MENDES 2007; HARBOUR, 2008):

- A escolha da condição ou patologia: que deve levar em conta a sua relevância para a população, para a rede de atenção à saúde e pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para os usuários ou por prioridades institucionais ou políticas;
- A definição da equipe multidisciplinar que irá elaborar a diretriz clínica, preferencialmente, com a representação das diversas categorias profissionais, dos diversos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos. Em alguns países, como a Escócia e o Instituto Nacional de Excelência Clínica, no Reino Unido, têm como norma colocar representações de grupos de usuários portadores da condição de saúde como membros da equipe.
- A análise situacional da condição ou patologia: que se dá a partir do diagnóstico situacional na rede de atenção à saúde, de enfrentamento da condição ou patologia, que implica, operacionalmente, em desenhar os fluxos dos usuários por todos os pontos de atenção à saúde, anotando o que é feito em cada um deles, por quais profissionais e assinalando quais os problemas detectados;
- A busca de evidências e de experiências relevantes nas literaturas nacional

e internacional, utilizando evidência científica, especialmente as revisões sistemáticas da literatura ou meta-análises. As evidências devem ser organizadas por categorias e classificadas segundo a força das evidências;

- A formalização da diretriz clínica, através de documento que viabilize a melhor comunicação do conteúdo aos profissionais de saúde e, preferencialmente, que as recomendações estejam organizadas sob forma de algoritmos de fácil entendimento para os leitores;
- A validação interna e externa da diretriz clínica: é importante para garantir que o instrumento de normalização seja aceito e utilizado posteriormente. A validação interna é realizada por um consenso interno à organização. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas;
- A avaliação da diretriz clínica deve ser realizada, após a implantação com periodicidade definida. A avaliação inclui juízos de valor sobre: os métodos usados no desenvolvimento das diretrizes clínicas; o conteúdo das recomendações finais; os fatores associados ao seu acolhimento pelos potenciais utilizadores; a validade esperada das diretrizes clínicas; os resultados finais pretendidos;
- A publicação da diretriz clínica deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários. Deve ser disponibilizada em papel e em meio eletrônico, que pode sofrer revisões em períodos de tempo menor que a publicação em papel;
- A revisão da diretriz clínica periodicamente, uma vez que as evidências surgem com muita frequência; é prudente que os instrumentos de normalização sejam revistos, a cada um ou dois anos.

No Brasil, há várias experiências de utilização de diretrizes clínicas nos serviços de saúde, nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, entidades de classe profissionais. Dentre estas experiências, destaca-se o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina que tem usado os critérios do Centro de Medicina baseada em Evidência da Universidade de Oxford (CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2008).

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2009) desenvolveu as diretrizes clínicas por ciclo de vida (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso), por condição (pré-natal, parto e puerpério), por patologias (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, DST, Aids), saúde mental e saúde bucal. Para a urgência e emergência, adotou o Protocolo de Manchester (MANCHESTER TRIAGE SYSTEM, 2005).

Estas diretrizes clínicas trazem: a população alvo; os critérios para a estratificação da população em grupos de risco; os fatores de risco e as ações de prevenção das doenças e agravos; o atendimento clínico de acordo com a estratificação de risco; os pontos de atenção que compõem as redes de atenção à saúde; a competência de cada ponto de atenção à saúde; as responsabilidades das equipes e dos profissionais; os sistemas de apoio; os parâmetros epidemiológicos e assistenciais para o dimensionamento das necessidades da população a partir dos dados demográficos da região sanitária; os fluxos dos usuários nos pontos de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2009).

Em Minas Gerais (2007), os desenhos das redes de atenção à saúde foram orientados pelas diretrizes clínicas e articulam os níveis de atenção com os territórios sanitários, que congregam os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio, logísticos e de governança. Assim, foram organizadas as redes de atenção à saúde da mulher e da criança, de urgência e emergência e da saúde do idoso na macrorregião de Montes Claros. Em 2008, implantou o curso de gestão da clínica, utilizando metodologia de ensino à distância, por meio eletrônico para os profissionais de nível superior da atenção primária. Implantou também, em 2008, um programa televisivo semanal, destinado a toda a equipe da atenção primária, cujo conteúdo são as diretrizes clínicas (MINAS GERAIS, 2009).

A Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (2008) adotou a mesma metodologia e lançou as suas diretrizes clínicas para a saúde da mulher, hipertensão, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde mental, saúde do idoso, entre outras. Para a urgência e emergência, adotou o Protocolo de Manchester (MANCHESTER TRIAGE SYSTEM, 2005). Em 2008, com base nas diretrizes clínicas, desenvolveu a rede de atenção à saúde da mulher e da criança, na macrorregião norte e, com base no protocolo de classificação de risco, a rede de

atenção à urgência e emergência, na macrorregião centro. Em 2009, lançou um curso de especialização para os profissionais de nível superior da atenção primária à saúde, utilizando as diretrizes clínicas como substrato para as atividades educacionais.

Para Mendes (2009), as diretrizes clínicas cumprem quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde:

- Função gerencial: decorre da necessidade de se controlar a variabilidade de conduta dos profissionais, através da padronização dos processos, tornando a atenção à saúde mais gerenciável (ROBINSON, STEINER, 1998);
- Função educacional: decorre da utilização das diretrizes clínicas na educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde os usuários dos sistemas de atenção à saúde. As diretrizes clínicas devem ser transformadas em produtos educacionais com o objetivo fundamental de mudar os comportamentos dos profissionais de saúde e dos usuários dos sistemas de atenção à saúde.
- Função comunicacional: pressupõe o uso das diretrizes clínicas como instrumentos de comunicação entre o sistema de atenção à saúde e seus profissionais e os usuários. Para tanto, devem ser escritas numa linguagem de fácil apropriação para os profissionais de saúde e devem ser editadas numa versão que possa ser apropriada pelos usuários.
- Função legal: ocorre porque as Cortes de Justiça, especialmente nos países desenvolvidos, cada vez mais, nos julgamentos dos contenciosos nos sistemas de atenção à saúde utilizam, como base de suas deliberações, as diretrizes clínicas (HURWITZ, 1999). Portanto, a obediência às normas definidas nas diretrizes clínicas pode constituir uma proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde.

BIBLIOGRAFIA:

CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Disponível em www.cebm.net, acesso em junho de 2009.

COCHRANE, D. - Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) - Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH - Chronic disease management and self-care. London, Stationery Office, 2002.

FELTON, T. - Evidence-based medicine. In: COUCH, J.B. (Editor) - The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, Aspen Publication, 1998.

GALBRAITH, J. - Organization desingn. Reading (Massachusetts) Addison-Wesley, 1977.

HARBOUR, R. T. (Editor) - Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines Nertwork, 2008.

HURWITZ, B. - Legal and political considerations of clinical practice guidelines. British Medical Journal, 318: 661-663, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE - Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE - Performance measurement: accelerating improvements. Washington, National Academy Press, Appendix D, 2006.

MANCHESTER TRIAGE SYSTEM - Emergency Triage. BMJ, Manchester, 2005.

MENDES, E.V. – As Redes de Atenção à Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES, E.V. – Implantação das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E.V. - A gestão dos sistemas de saúde: o que os gestores precisam saber sobre estes sistemas complexos. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V.; SHIMAZAKI, M.E – Guia de estudo para a oficina de gestão da clínica. Mestrado da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2003.

MINAS GERAIS. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Organizado por Antônio Jorge de Souza Marques. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.

MINTZBERG, H.= La estructuracion de lãs organizaciones. Barcelona: Ariel. 1988.

NAVARRETE, M.L, LORENZO, I.V. - Oranizaciones sanitárias integradas, um estúdio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Guia de estudo para organização da rede de atenção à urgência e emergência em Minas Gerais. Belo Horizonte, Superintendência de Assistência à Saúde, 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – Guia de estudo para organização da rede de atenção à urgência e emergência na macrorregião centro. Vitória, Coordenação de Normalização, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – Guia de estudo para organização da rede de atenção à saúde da mulher e criança na macrorregião norte. Vitória, Coordenação de Normalização, 2008.

SHEKELLE, P.G. et al. - Developing guidelines. British Medical Journal, 318: 593-596, 1999.

SHIMAZAKI, M.E – Guia de estudo para a oficina de gestão da clínica. Especialização em Gestão Hospitalar, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

4.2.2 TEXTO DE APOIO 2

OS INSTRUMENTOS DE NORMALIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE²

Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentas na medicina baseada em evidência, na avaliação tecnológica, visando a garantia da qualidade do atendimento (EDDY, 1990).

Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde devem cumprir três funções primordiais: gerencial, educacional e comunicacional. A função gerencial decorre da necessidade de se controlar a lei da variabilidade clínica nos serviços de saúde (MENDES, 2002), instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão e homogeneizar as condutas clínicas. Para cumprir a função educacional, os instrumentos de normalização devem ser transformados em produtos de educação para profissionais e usuários do sistema de saúde. A função de comunicação tem por objetivo mudar o comportamento dos

² Texto elaborado por Maria Emi Shimazaki, 2009.

profissionais de saúde e dos usuários em relação à doença ou condição e, assim, impactar nos indicadores de saúde das famílias e comunidades.

Os guidelines e os protocolos clínicos são os principais instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde. Os guidelines normalizam todo o processo de atenção, em todos os pontos de atenção, obedecendo a ação coordenadora da atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

Os protocolos clínicos são ferramentas de gestão da clínica que, sob a forma de documentações sistematizadas ou de algoritmos, normalizam o padrão de atendimento à determinada patologia ou condição, discriminando as ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação em um determinado ponto de atenção (MENDES, 2003).

Para que tenha aplicabilidade e legitimidade, a elaboração dos protocolos/guidelines segue normas e um processo que envolve várias etapas (COCHRANE, 2001):

- A escolha das condições ou patologias;
- A definição dos grupos-tarefa;
- A análise situacional das condições ou patologias;
- A busca de evidências e de experiências relevantes;
- A definição dos conteúdos;
- A formalização dos protocolos;
- A validação dos protocolos;
- A publicação;
- A revisão.

Para viabilizar o manejo clínico adequado propõe-se a utilização dos fundamentos da gestão de patologias e da gestão de caso. Para tanto, faz-se necessário o conhecimento da história natural da doença ou condição para que se possa propor, a partir das evidências clínicas, as medidas de intervenção mais oportunas e que garantam a eficiência, eficácia e efetividade.

Para cumprir a função gerencial, os conteúdos dos protocolos/guidelines devem fornecer elementos de apoio à decisão clínica, além de instrumentalizar quanto à organização do processo de trabalho, estabelecendo a integralidade do cuidado e as medidas de suporte. Os protocolos/guidelines devem ainda orientar as equipes de saúde quanto ao planejamento local, fornecendo indicadores, parâmetros e elementos para a construção de um sistema de informação gerencial, possibilitando o monitoramento das ações em saúde e avaliação dos resultados alcançados.

Por tratar-se de instrumentos de educação e de comunicação, os protocolos/guidelines devem seguir uma padronização quanto à formatação, sistematização, apresentação e, portanto, devem ser de fácil apropriação pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

O objetivo final do processo de educação e comunicação é instrumentalizar profissionais e usuários para a adoção de práticas saudáveis de vida e para a gestão do autocuidado. Significa capacitar os profissionais para a gestão colaborativa do autocuidado e o usuário, para sair da condição de paciente passivo em agente promotor e co-responsável pelo seu estado de saúde, num exercício cotidiano de profissionalismo, solidariedade e cidadania.

4.2.3 TEXTO DE APOIO 3

OS PROTOCOLOS CLÍNICOS³

O protocolo clínico é um instrumento de Gestão da Clínica que, sob a forma de uma documentação sistematizada ou de algoritmos, normaliza o padrão de atendimento à saúde em um ponto de atenção.

Deve, portanto, fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar quanto à organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos

³ Texto elaborado por Maria Emi Shimazaki, 2009.

integrados e medidas de suporte, definindo as competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais.

A sua aplicação deve resultar em melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

O protocolo clínico apresentará maior validade se as suas recomendações forem baseadas em revisões sistematizadas da literatura, forem produzidas por grupos de profissionais (que incluam representantes de todos os grupos interessados) e se a conexão entre as recomendações e a evidência científica forem formalmente explicitadas.

OS PRINCÍPIOS:

- A melhoria da qualidade do atendimento.
- A flexibilidade: o protocolo clínico deve ser suficientemente flexível para que tanto os profissionais como os usuários possam exercer um julgamento objetivo sobre as opções recomendadas.
- Deve servir de base para uma decisão por parte dos profissionais e dos usuários, e um instrumento de aprendizagem profissional, de educação em saúde para o usuário e de comunicação equipe de saúde-usuário.
- Deve primar pela ética e pela preservação da relação profissional-usuário.

OS BENEFÍCIOS:

Para os usuários:

- Diminuir a assimetria de informação entre profissionais e usuários, disponibilizando uma informação de boa qualidade aos usuários.
- Padronização dos cuidados, com redução da variabilidade da prática profissional.
- Melhoria dos resultados e da qualidade do atendimento, promovendo práticas mais eficazes e seguras.

Para os profissionais de saúde:

- Melhoria da qualidade da decisão clínica, através da indicação de recomendações claras, diminuindo a variação da prática clínica e substanciando as opções técnicas.
- Informação sobre que intervenções são eficazes e em que contextos, em oposição àquelas que a evidência científica desaconselha, por serem inúteis ou danosas.
- Base de referência para programas de qualidade em saúde.
- Identificação de áreas que necessitam de investigação clínica apropriada.
- Instrumento de educação permanente que possibilita uma melhor prática clínica.

Para os sistemas de saúde:

- Racionalização dos processos de trabalho em saúde.
- Otimização dos recursos – humanos, materiais e financeiros.
- Melhoria da eficiência e efetividade clínica nos serviços de saúde.

AS LIMITAÇÕES:

A principal limitação é a de que as recomendações incluídas no protocolo sejam incorretas. Este fato pode ocorrer por três razões fundamentais:

- A evidência sobre a qual se baseiam as recomendações é mal interpretada, mal avaliada ou inexistente.
- As recomendações são influenciadas pelas opiniões pessoais dos responsáveis pela criação do protocolo.
- As necessidades clínicas dos doentes não são as únicas prioridades a considerar.

- Existem, no entanto, outros prejuízos potenciais para diversos agentes no sistema de saúde (usuários, profissionais e sistema) quando os protocolos não são adequados:

Para os usuários:

- Prática clínica desatualizada, ineficiente ou mesmo perigosa baseada em informação incorreta ou incompleta.
- Estabelecimento de políticas de saúde inconsistentes ou desnecessárias.

Para os profissionais de saúde:

- Intervenções ineficazes ou perigosas.
- Prática clínica fundamentada em informações incorretas.
- Implicações legais (pelos mesmos motivos do item anterior).
- Identificação de áreas de investigação inúteis ou irrelevantes.

Para os sistemas de saúde:

- Potencial aumento não justificado de consumo de recursos.
- Comprometimento da eficiência do sistema.
- Aumento injustificado de procura dos serviços.

A METODOLOGIA:

- A instituição responsável pela elaboração do protocolo deve estabelecer os objetivos, definir os contextos da sua aplicação, explicitar os processos de priorização e garantir os recursos necessários para a sua construção, distribuição, implementação e revisão periódica.
- A construção deve ser responsabilidade da equipe multiprofissional, com a participação dos diversos setores envolvidos no processo de trabalho, em

colaboração com os representantes de entidades formadoras, de classe e demais segmentos - grupos profissionais, associações de usuários, entre outros.

- Deve-se estabelecer claramente os objetivos, os critérios metodológicos e identificar os potenciais utilizadores finais.
- O protocolo deve citar a evidência sobre a qual se baseiam as conclusões, a respectiva data e a força das recomendações.
- O protocolo deve, preferencialmente, passar por um processo de validação interna e externa. A validação interna diz respeito aos profissionais utilizadores finais e a validação externa, é realizada por experts, entidades e conselhos de classe, instituição formadora, entre outros.

O ESTUDO DAS EVIDÊNCIAS E A VALIDAÇÃO:

Método de revisão das recomendações (esquemas metodológicos utilizados para rever as recomendações do protocolo e/ou proceder à sua validação, através de uma revisão externa, comparação com outros documentos ou aplicação clínica):

- Validação clínica por estudo piloto ou ensaio formal; comparação com outros protocolos provenientes de outras fontes; revisão profissional externa ou interna.

Métodos utilizados na análise da evidência científica (classificação dos métodos de avaliação dos dados da evidência):

- Análise de decisão, meta-análise (vários tipos), revisões (sistematizadas ou narrativas, com ou sem quadros explanatórios).

Métodos utilizados na seleção da evidência científica (classificação dos métodos de seleção e inclusão da evidência):

- Pesquisa individual da literatura (fontes primárias ou secundárias); pesquisa de bases de dados eletrônicas; pesquisa de bases de dados administrativas de doentes; pesquisa de dados não publicados.

Métodos utilizados na avaliação da qualidade e peso da evidência científica

(classificação dos métodos de estratificação relativa da evidência):

- Consenso (peritos, comitês, método de Delphi);
- Revisão subjetiva.

Entidades validadoras:

- Instituições acadêmicas, sociedades profissionais, agências e serviços governamentais, fundações e organizações públicas e/ou privadas, indivíduos, firmas farmacêuticas ou outras.

A IMPLEMENTAÇÃO:

- O protocolo deve ser organizado e publicado sob a forma de documento estruturado, sintético, de fácil entendimento e consulta pelo profissional e pelo usuário.
- A implementação deve ser acompanhada de capacitação para os profissionais, de mobilização da equipe, de reorganização dos processos de trabalho e estratégia de comunicação destinada ao usuário.
- A adesão do protocolo pelos profissionais deve ser monitorada, além da sua eficácia, através de instrumentos de monitoramento que incorporem feed-back para os profissionais e usuários.
- O protocolo deve sofrer um processo de revisão regular e programado, cuja periodicidade dependente do avanço dos conhecimentos na área respectiva.

O ROTEIRO PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO

Para que tenha aplicabilidade e legitimidade, a elaboração do protocolo segue princípios e normas. Este roteiro tem como propósito servir de apoio, fornecendo orientações quanto à estrutura mínima e ao conteúdo, de maneira prática e objetiva, para orientar o próximo exercício.

A ESTRUTURA DO PROTOCOLO

Na estruturação de um protocolo, há que se esclarecer os seguintes pontos:

- Se o protocolo está formatado por especialidade clínica (ex. cardiologia, cirurgia, medicina intensiva, obstetrícia/ginecologia, entre outras); ou por doença/patologia (classificação CID 10, CIPESC, entre outras); ou por ciclo de vida (ex. infância, adolescência, adultos, idosos); ou por condição (ex. saúde do trabalhador, saúde mental).
- Os utilizadores potenciais: são os grupos a quem se dirige o protocolo e que em princípio serão os seus principais utilizadores – ex. médicos, dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, setores, departamentos, entre outros.
- A fundamentação: a metodologia utilizada, os níveis de evidência, o grau de recomendação, as entidades que participaram da validação ou a forma de validação.

AS RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS

A população alvo do protocolo:

- Discriminar a faixa etária e o sexo.

O grupo de risco:

- Estabelecer o grupo de risco a ser priorizado;
- Discriminar o sexo e a faixa etária;

- Definir os fatores ou critérios de risco.

As patologias, agravos ou condições:

- A história clínica e o exame físico;
- Os métodos de apoio diagnóstico;
- O diagnóstico: critérios para diagnóstico, classificação, diagnóstico diferencial;
- A classificação e avaliação de risco/prognóstico;
- O plano de cuidado e a evolução clínica;
- As medidas de prevenção;
- As medidas de reabilitação;
- Avaliação de tecnologias;
- Tratamento não medicamentoso e medicamentoso (tratamento sintomático, critério para emprego de medicamentos e indicações, interação medicamentosa, efeitos colaterais, entre outros);
- As terapias: fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, psicologia, entre outras;
- Os critérios clínicos e os requisitos para transferência ou alta;
- Os algoritmos de apoio à decisão.

A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO

- A competência dos setores, a responsabilidade e atribuições das equipes e profissionais de saúde.
- A organização do processo de trabalho: os processos, as rotinas e fluxos setoriais.
- O fluxograma de atendimento do usuário nos setores.
- A programação setorial: o dimensionamento e qualificação das equipes, a padronização e dimensionamento dos insumos.

- O sistema de informação gerencial: o prontuário, os registros obrigatórios (ex. doenças de notificação obrigatória, DNV, entre outros), os indicadores para o monitoramento e a avaliação.

A PARTICIPAÇÃO DO INDIVÍDUO E DA FAMÍLIA NA GESTÃO DO CUIDADO

- O consentimento informado para a realização de procedimentos, terapia, entre outros e para a divulgação de informação.
- A participação da família: no internamento (definir os critérios e as condições para o acompanhante), nos cuidados após a alta hospitalar (orientação para o cuidador), nas medidas de prevenção.
- Orientações para o indivíduo: gestão colaborativa do autocuidado, plano de cuidado, retorno para a Unidade Básica de Saúde.
- Registros importantes para o usuário: cartão da gestante, cartão da criança, declaração de nascidos vivos – DNV, cartão do hipertenso/diabético, entre outros.

BIBLIOGRAFIA:

AGREE, Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Agree) Instrument. www.agreecollaboration.org. Consulta em junho, 2009.

AMB. Projeto Diretrizes Clínicas. Associação Médica Brasileira. www.amb.org Consulta em julho, 2009.

COCHRANE, D. – Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001.

EDDY, D. – Practice policies, what are they? JAMA, 263: 877-880, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE – Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, National Academy Press, 1990.

INSTITUTO QUALIDADE EM SAÚDE. Diretrizes clínicas. <http://www.iqs.pt>

MENDES, E.V. - A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. – Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília, CONASSS, 2003.

MENDES, E.V. – Auditoria clínica. Belo Horizonte, 2003.

MENDES, E.V. et alii – Oficina de gestão da clínica. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

MENDES, E.V., SHIMAZAKI, M. E. – Gestão da Clínica. Guia de Estudo para o Mestrado. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2003.

ROBINSON, R. & STEINER, A – Managed health care. Buckingham, Open University Press, 1998.

SHIMAZAKI, M. E. Gestão da Clínica. Guia de Estudo. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

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 4

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ⁴

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 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

⁴ 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

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)

4.3.2 TEXTO DE APOIO 5

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS ⁵

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.

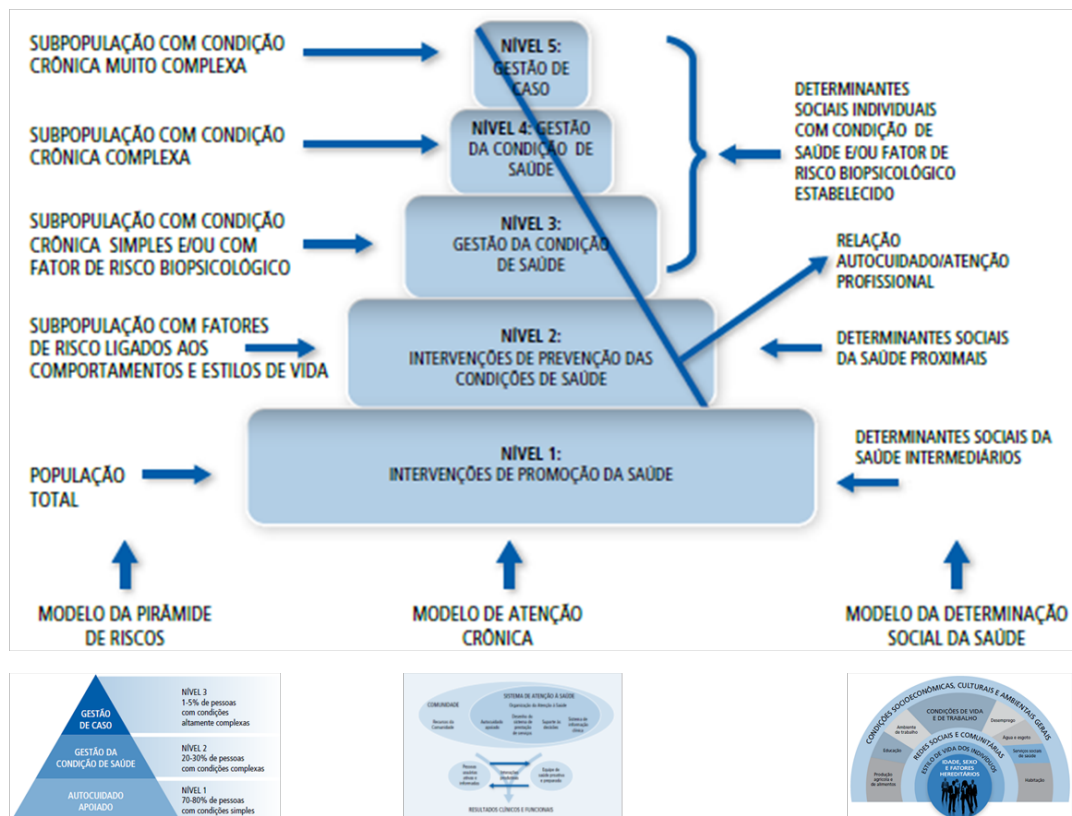
É um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à equipe da ESF; a identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos;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

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.

⁵ 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

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.

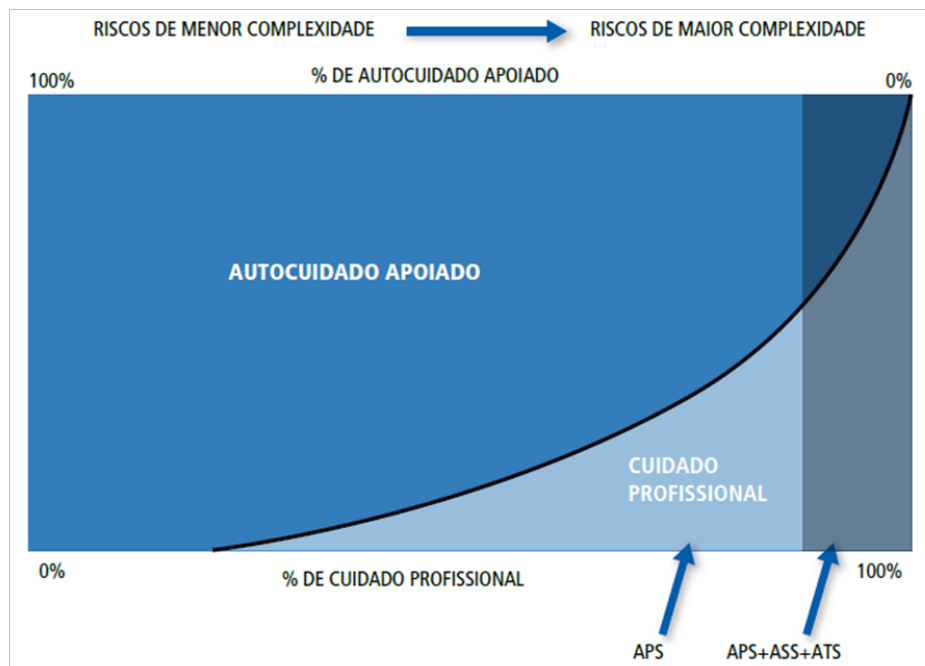
Os modelos de base do MPR

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



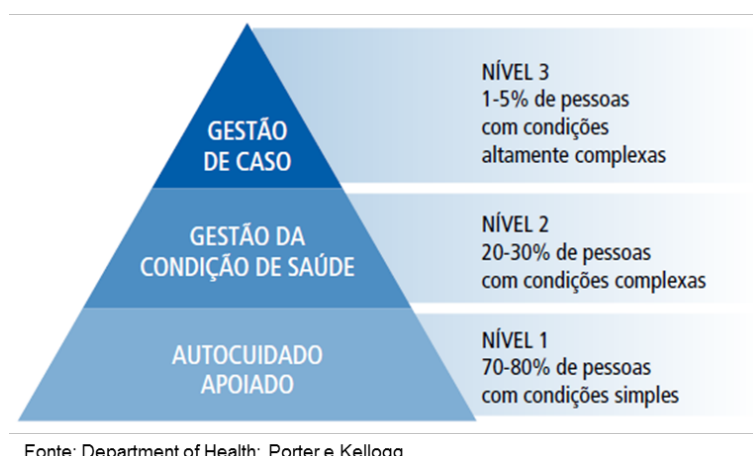
APS: Atenção primária à saúde | ASS: Atenção secundária à saúde | ATS: Atenção terciária à saúde

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



Fonte: Department of Health; Porter e Kellogg

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.

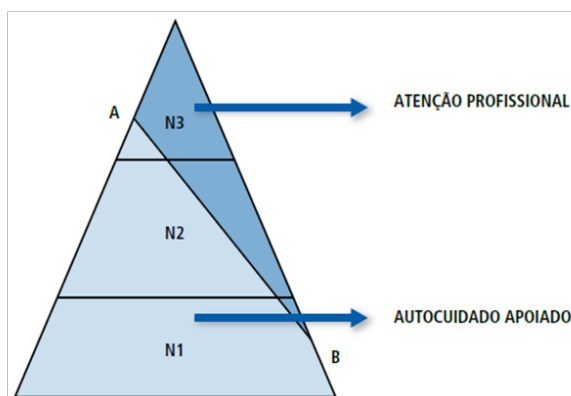
As características principais do MPR são estabelecidas nos campos dos princípios gerais e das estratégias-chave.

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-sentinel.

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



N1: Nível 1 | N2: Nível 2 | N3: Nível 3.
Fonte: Brock

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 TRABALHO EM GRUPO: A VALIDAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIORITÁRIAS

Esta atividade tem como objetivo compreender e validar a estratificação de risco das condições crônicas abordadas no LIACC – gestação, criança menor que um ano, hipertensão, diabetes e doença renal crônica.

4.5.1 TRABALHO EM GRUPO: ORIENTAÇÃO

- Os participantes da oficina serão divididos em grupos:
 - Grupo 1: para discussão da estratificação de risco para a gestação e criança menor que 1 ano;
 - Grupo 2: para discussão da estratificação de risco para a hipertensão, diabetes e doença renal crônica.
- Cada grupo será deve eleger um relator.
- Os trabalhos serão conduzidos pelos facilitadores.
- Apresentar e discutir os textos de apoio sobre a estratificação das condições crônicas abordadas no LIACC.
- O relator terá 10 minutos para apresentar o resultado final.

4.5.2 TEXTO DE APOIO 6

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL ⁶

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

4.5.3 TEXTO DE APOIO 7

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A CRIANÇA MENOR QUE UM ANO ⁷

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA CRIANÇA MENOR QUE UM ANO

NÍVEL	FATORES
RISCO HABITUAL	Características individuais da criança: - Ausência de fatores de risco. Fatores sócio familiares: - Ausência de fatores de risco.
MÉDIO RISCO	Características individuais da criança: - Desmame antes do 6º mês de vida; - Desnutrição instalada ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e carências nutricionais; - Sobrepeso; - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; - Cárie precoce. Fatores sócio familiares: - Mãe adolescente; - Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo; - Mãe com menos de quatro consultas de pré-natal; - Mãe com antecedente de um filho nascido morto; - Óbito de irmão menor de 5 anos por causas evitáveis; - Gravidez indesejada;

⁶ Nota técnica Conjunta Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG
Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais – SOGIMIG

⁷ Linha-guia de Atenção à Saúde da Criança, SES/MG, versão em fase de atualização.

	• Depressão pós-parto; • Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica; • Pais com dependência de álcool e outras drogas; • Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; • Indícios de violência doméstica; • Cuidador não habilitado; • Vulnerabilidade socioeconômica.
ALTO RISCO	Características individuais da criança: • Baixo Peso; • Prematuridade; • APGAR < 7; • Malformações congênitas e síndromes genéticas; • Icterícia com níveis críticos, com ou sem exosanguineotransfusão; • Egressos de UCI/UTI; • Internações, infecções ou intercorrências repetidas; • Infecções crônicas do grupo TORCHS, confirmadas ou em investigação; • Desnutrição grave; • Obesidade; • Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária; • Sinais de violência. Fatores sócio familiares: • Os fatores de risco descritos no Médio Risco, isoladamente, não caracterizam o Alto Risco. Mas, quando associados às características individuais citadas acima significam um aumento de gravidade na situação.
MUITO ALTO RISCO	Características individuais da criança: • Peso ao nascer < 1.500g ou IG < 32 semanas; • Malformação congênita e síndrome genética com significância clínica (maior gravidade); • 2 ou mais internações. Fatores sócio familiares: • Os fatores de risco descritos no Médio Risco, isoladamente, não caracterizam o Muito Alto Risco. Mas, quando associados às características individuais citadas acima significam um aumento de gravidade na situação.

Ponto de atenção e prevalência estimada de acordo com a estratificação de risco da criança menor que 1 ano:

RISCO	PONTO DA REDE	PREVALÊNCIA ESTIMADA
HABITUAL (BAIXO)	UBS	75%
MÉDIO OU MODERADO	UBS com maior concentração de cuidado profissional Eventualmente interconsulta no Centro de referência / serviço de atenção secundária	
ALTO	UBS + Centro de referência / serviço de atenção secundária	25%
MUITO ALTO	UBS (gestão de caso) + Centro de referência / serviço de atenção secundária	

4.5.4 TEXTO DE APOIO 8

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA ⁸

Os níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário são constituídos por pontos de atenção que integrados fazem parte de uma rede temática de atenção à saúde, juntamente com os sistemas de apoio e logísticos.

Para a prevenção do surgimento da HAS, do DM e da DRC e garantia do cuidado integral ao usuário com essas condições crônicas é necessário, entre outras ações, estabelecer as responsabilidades da atenção primária à saúde (APS) e, quando o grau de complexidade dessas enfermidades exigir cuidado especializado, delinear caminhos para a provisão de uma atenção secundária ou terciária.

⁸ Linha-guia de Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, SES/MG, versão em fase de publicação.

A base para a organização da assistência de uma rede de atenção à saúde de usuários com condições crônicas deve ser a estratificação de risco desses usuários, o que observa um dos mais importantes princípios do SUS: a equidade.

Para fins operacionais, na rede de atenção da SES/MG, as estratificações de risco clínico dos hipertensos e dos indivíduos com DRC encontram-se detalhadas respectivamente nos itens 1.4.2 Estratificação de Risco Cardiovascular e 3.4 Estadiamento da doença renal crônica.

1. A estratificação de risco para a organização da assistência

Para fins de organização da rede de assistência aos usuários com as condições crônicas abordadas, a SES/MG propõe a utilização das estratificações que se seguem nos quadros abaixo.

Quadro 1. Estratificação de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica para a organização da rede de atenção

RISCO	CRITÉRIOS (Risco de evento cardiovascular maior – D’Agostino et al – e capacidade para o autocuidado*)
Baixo	• < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado suficiente e - Ausência de LOA identificadas** e - Ausência de condições clínicas associadas.***
Moderado	• < 10% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos, com capacidade de autocuidado insuficiente ou • 10 a 20% de risco de evento cardiovascular maior em 10 anos. • A qualquer uma das opções devem ser somadas a - Ausência de LOA identificadas** e - Ausência de condições clínicas associadas.***
Alto	• > 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado

	suficiente À(s) opção(ões) deve ser somada a: - Ausência de condições clínicas associadas.***
Muito Alto	• > 20% risco de evento cardiovascular maior em 10 anos com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • LOA identificadas**, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de condições clínicas associadas.***

Onde: LOA = Lesões de órgãos alvo.

* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

** Entende-se por lesões de órgãos alvo (LOA): hipertrofia de ventrículo esquerdo identificada no eletrocardiograma de rotina, estágio de função renal 3B ou achados evidenciados em exames anteriores não recomendados como rotina na atenção primária (espessura médio-intimal de carótida > 0,9 mm ou placa de ateroma em carótida, índice tornozelo-braquial < 0,9 e velocidade de onda de pulso > 12 m/s).

*** Entende-se por condições clínicas associadas: doença cerebrovascular (acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório); doença cardiovascular (angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização coronária, insuficiência cardíaca); doença arterial periférica; retinopatia avançada (papiledema, hemorragias e exsudatos) e doença renal crônica (categoria de função renal 4 ou 5).

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013¹ e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012².

Quadro 2. Estratificação de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus para a organização da rede de atenção

RISCO	CRITÉRIOS (Controle glicêmico – HbA1c –, complicações e capacidade para o autocuidado*)
Baixo	• Glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose (pré-diabetes) ou • Diabético com HbA1c < 7%, capacidade de autocuidado suficiente e - Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e - Ausência de complicações crônicas.**
Moderado	• Diabético com HbA1c < 7% e capacidade de autocuidado insuficiente ou • Diabético com HbA1c entre 7% e 9%. • A qualquer uma das opções devem ser somadas a - Ausência de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e - Ausência de complicações crônicas.**
Alto	• Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado suficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado suficiente.
Muito Alto	• Diabético com HbA1c > 9% e capacidade de autocuidado apoiado insuficiente e/ou • Presença de internações por complicações agudas nos últimos 12 meses, com capacidade de autocuidado insuficiente e/ou • Presença de complicações crônicas** com capacidade de autocuidado insuficiente.

Onde: HbA1c = hemoglobina glicosilada.

* Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo

nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

** Entende-se por complicações crônicas micro ou macroangiopatias.

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013¹ e do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.²

Quadro 3. Estratificação de risco de indivíduos com doença renal crônica para a organização da rede de atenção*

RISCO	CRITÉRIOS
	(Categorização da DRC baseada na taxa da filtração glomerular estimada pela equação CKD-EPI, na presença de albuminúria e na capacidade para o autocuidado**)
Baixo	• DRC categoria 1 com capacidade de autocuidado suficiente ou • DRC categoria 2 com capacidade de autocuidado suficiente.
Moderado	• DRC categoria 1 com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 2 com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 3A.
Alto	• DRC categoria 3B com capacidade de autocuidado suficiente.
Muito Alto	• DRC categoria 3B com capacidade de autocuidado insuficiente ou • DRC categoria 4 ou • DRC categoria 5.

Onde: DRC = Doença Renal Crônica | CKD-EPI = Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

* Especialmente por Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

** Entende-se como capacidade de autocuidado insuficiente (conceito operacional) a limitação em níveis relevantes da capacidade de autocuidado dos indivíduos pelas seguintes situações: Dificuldade de compreensão de sua condição crônica; desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhoria da sua condição; baixo suporte familiar e social; não se ver como agente de mudança de sua saúde; recolher-se em sua condição crônica; estar sem ação para melhoria de sua condição; abandonar o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas e depressão grave com prejuízo nas atividades diárias (adaptado de Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2013).

Fonte: ALVES, JR e BASTOS, MG, 2013.³

2. Parâmetros de prevalência na atenção primária à saúde

Para o cálculo da necessidade em saúde dos usuários com HAS, DM e DRC, torna-se necessário conhecer a população alvo, que será estimada por meio dos parâmetros de prevalência apresentados a seguir.

Quadro 4. Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica na atenção primária à saúde para a organização da rede de atenção

Risco	Parâmetro de prevalência
Baixo	32% dos hipertensos
Moderado	43% dos hipertensos
Alto	20% dos hipertensos
Muito alto	5% dos hipertensos
Total	20% da população de 20 anos e mais

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013.¹

Quadro 5. Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com relação ao diabetes mellitus na atenção primária à saúde para a organização da rede de atenção

Risco	Parâmetro de prevalência
Baixo	20% dos diabéticos
Moderado	50% dos diabéticos
Alto	25% dos diabéticos
Muito alto	5% dos diabéticos
Total	10% da população de 20 anos e mais

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, 2013.¹

Quadro 6. Parâmetros de prevalência total e por estrato de risco de indivíduos com doença renal crônica na atenção primária à saúde para a organização da rede de atenção*

Risco	Parâmetro de prevalência**
Baixo	41,4% dos doentes renais crônicos
Moderado	44,2% dos doentes renais crônicos
Alto	8,6% dos doentes renais crônicos
Muito alto	5,8% dos doentes renais crônicos
Total	13,9% da população de 20 anos e mais

Fonte: ALVES, JR e BASTOS, MG, 2013.³

* Especialmente por Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

** A partir de NHANES III (1999 – 2006) modificado e Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, 2012.²

3. Critérios de encaminhamento de hipertensos, diabéticos e usuários com doença renal crônica para atendimento especializado na rede da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

A SES/MG recomenda que os usuários com condições crônicas abordadas nesta Linha-Guia que apresentem os critérios a seguir sejam referenciados para os CHDM ou outros serviços de atenção secundária, na ausência da cobertura desses.

Quadro 7. Critérios de encaminhamento para os Centros Hiperdia Minas por condição de saúde

Hipertensão arterial sistêmica

- Usuário hipertenso de alto ou muito alto grau de risco (quadro 78).
- Usuário com HAS Resistente.
- Usuário com suspeita de HAS Secundária.

Doença hipertensiva específica da gravidez

Diabetes mellitus

- Usuário com DM tipo 1.
- Usuário com DM tipo 2, nos seguintes casos:
 - alto e muito alto grau de risco (quadro 79), especialmente se em uso de insulina ou se em uso de antidiabético oral em dose plena e insulinização impossível de ser realizada na APS.
 - usuário recém-diagnosticado + indicação de insulinização (glicemia acima de 300mg/dl) + insulinização impossível de ser realizada na APS.
 - baixa de acuidade visual repentina.
- Usuário com DM tipo 1 ou tipo 2 com alterações de sensibilidade protetora plantar nos pés, detectadas pelas unidades de APS, por meio do teste de monofilamento de 10 gramas.

Diabetes gestacional

Doença renal crônica

- Usuário com doença renal crônica hipertenso e/ou diabético de alto ou muito alto grau de risco (quadro 80).
- Usuário hipertenso e/ou diabético com perda anual da filtração glomerular estimada ≥ 5 mL/min/ano (FGe inicial – FGe final/número de meses de observação X 12).
- Usuário hipertenso e/ou diabético com proteinúria $>1,0$ g/dia ou proteinúria $<1,0$ g/dia + hematúria.
- Usuário hipertenso e/ou diabético com aumento abrupto da creatinina sérica ($\geq 30\%$).
- Usuário hipertenso e/ou diabético com diminuição de 25% da filtração glomerular estimada ao iniciar alguma medicação que bloqueie o eixo renina-angiotensina-aldosterona.

Onde: HAS = Hipertensão arterial sistêmica | DM = Diabetes mellitus | APS = atenção primária à saúde | FGe = Filtração glomerular

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010⁶ e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.⁸

Deve-se ressaltar que os critérios de encaminhamento apresentados refletem a consolidação de evidências científicas realizada por grupo técnico específico coordenado pela SES/MG e de aspectos operacionais da rede temática em questão. Os critérios expostos são diretrizes periodicamente revistas.

4.6 PLENÁRIO: ELABORAÇÃO DO PLANO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

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

4.6.1 CURSO RÁPIDO SOBRE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

- Desenvolver cursos rápidos sobre estratificação de risco da gestação, criança menor que um ano, hipertensão e diabetes, voltados para os profissionais das equipes de saúde.

4.6.2 AGENDA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

- Definir com cada equipe a agenda para reavaliação dos usuários gestantes, crianças menores que um ano, hipertensos e diabéticos já cadastrados nas UBS's com o objetivo de atualizar a estratificação de risco, de acordo com as novas diretrizes.

4.6.3 AGENDA:

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

PRODUTO	PRAZO	RESPONSÁVEL

4.7 PLENÁRIO: A AVALIAÇÃO DA OFICINA

Esta atividade por objetivo avaliar se os objetivos da oficina foram alcançados.

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES