



**LIACC /
SAMONTE**

**Laboratório de Inovações na
Atenção às Condições
Crônicas**

Santo Antônio do Monte

ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Oficina 4

A ATENÇÃO PROGRAMADA PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Outubro, 2013



OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OS ELEMENTOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- A população e as regiões de saúde
- A estrutura operacional
- O modelo de atenção à saúde

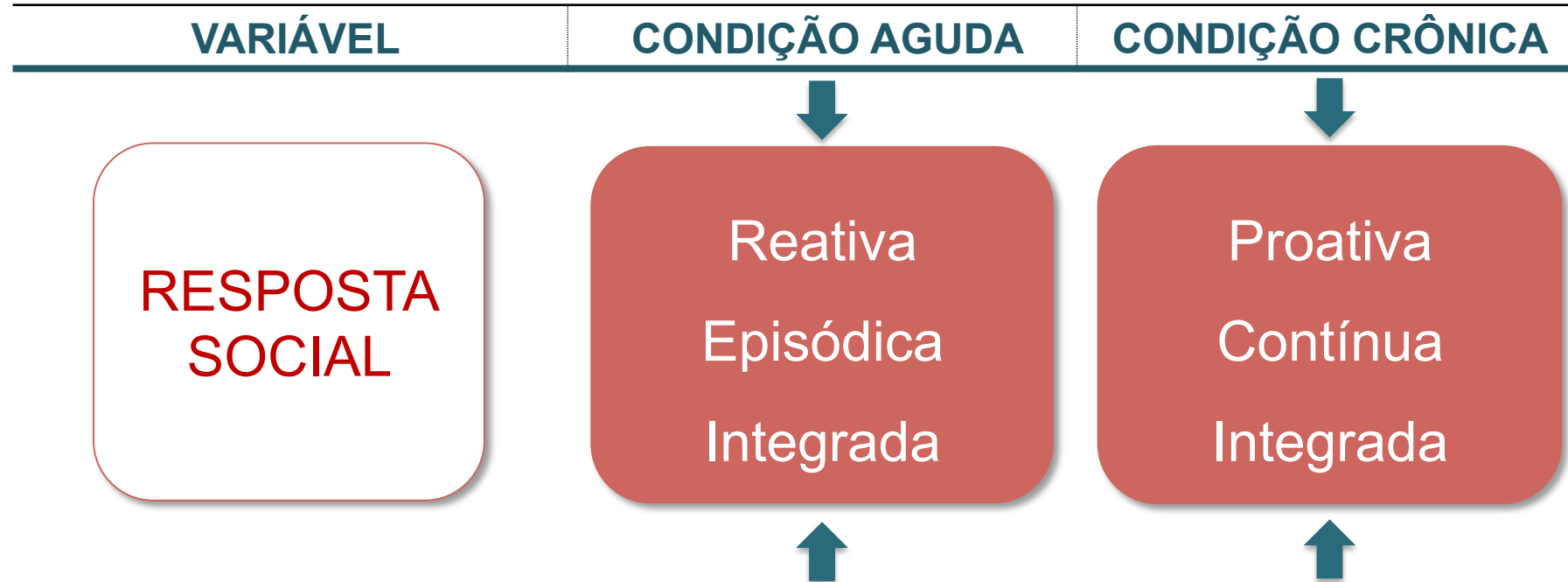
AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- Condições agudas
- Condições crônicas
- Eventos agudos

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

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

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



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 as pessoas usuárias
PAPEL DA PESSOA USUÁRIA	▪ Seguir as prescrições	▪ Coresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	▪ Reativo e fragmentado	▪ Proativo e integrado

VARIÁVEL

CONDIÇÃO AGUDA

CONDIÇÃO CRÔNICA

RESPOSTA
SOCIAL

Reativa
Episódica
Integrada

Proativa
Contínua
Integrada

MODELO
DE
ATENÇÃO

Ao evento agudo:

- condições agudas;
- condições crônicas agudizadas

Às condições
crônicas

O CONCEITO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

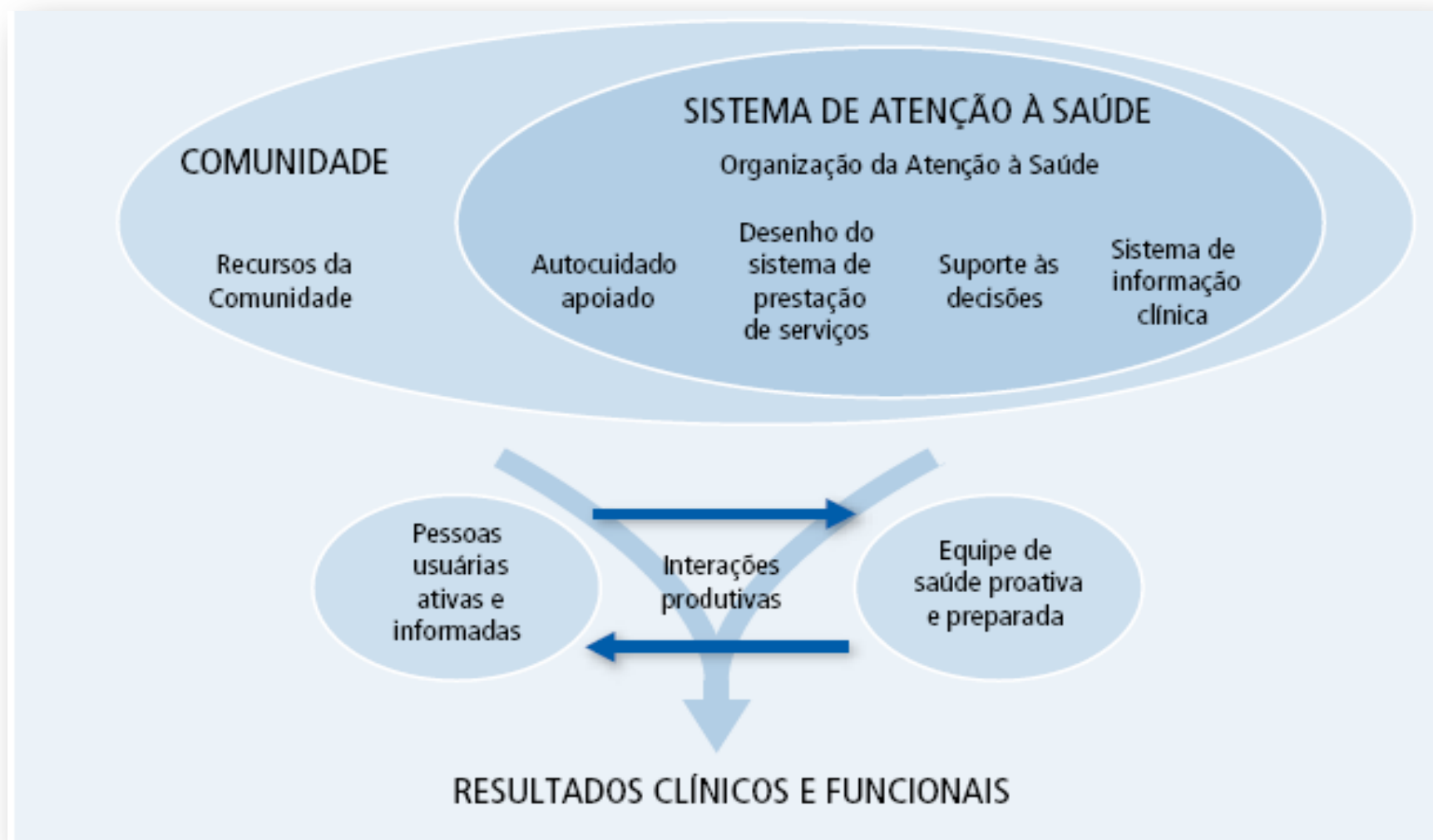
- Um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias.
- Definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- O Modelo da Atenção Crônica (*Chronic Care Model*)
- O Modelo da Pirâmide de Riscos
- O Modelo da Determinação Social da Saúde

O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA (*Chronic Care Model - CCM*)



FONTE: WAGNER EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998

AS MUDANÇAS PROPOSTAS PELO MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- A organização da atenção às condições crônicas é parte do plano estratégico da organização;
- Os líderes da organização dão suporte à implantação do modelo;
- Os processos de melhoria da atenção às condições crônicas estão integrados nos programas de qualidade da organização.

DESENHO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- Há uma clara divisão de papéis na equipe multidisciplinar em função dos estratos de risco das condições crônicas;
- Há oferta da atenção programada e não programada;
- Há oferta regular da atenção programada, individual e em grupo;
- Utiliza-se regularmente o agente comunitário de saúde no acompanhamento das pessoas usuárias na comunidade.

AS MUDANÇAS PROPOSTAS PELO MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

SUPORTE ÀS DECISÕES

- Utilizam-se regularmente as diretrizes clínicas;
- A APS está integrada com os especialistas que dão suporte às suas ações;
- Há um sistema regular de educação permanente dos profissionais;
- Há uma oferta regular de educação em saúde para os usuários.

AUTOCUIDADO APOIADO

- Utilizam-se rotineiramente os instrumentos de autocuidado apoiado;
- Há um plano de autocuidado apoiado elaborado, em conjunto, pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, com metas pactuadas;
- O plano de autocuidado apoiado é monitorado regularmente;
- A equipe multidisciplinar está capacitada para apoiar a pessoa usuária no seu autocuidado.

AS MUDANÇAS PROPOSTAS PELO MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA

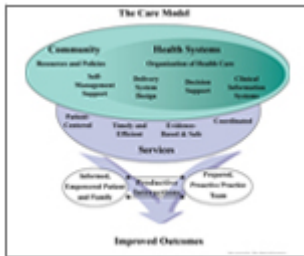
- Há um prontuário clínico eletrônico capaz de gerar o registro das pessoas usuárias por condições de saúde e por estratos de risco; lembretes e alertas para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde; informações necessárias para elaborar e acompanhar o plano de cuidado; feedbacks para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias.

RECURSOS DA COMUNIDADE

- Há uma ligação estreita entre os serviços de saúde e as organizações da comunidade que possam prover serviços complementares;
- Há um Conselho Local de Saúde que faz o controle social efetivo das unidades de saúde, incluindo a elaboração e o monitoramento da programação.

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA NO MUNDO

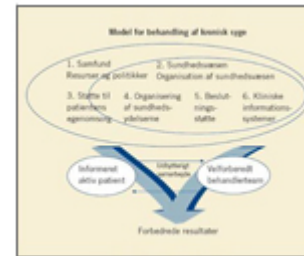
MODELO ORIGINAL
ESTADOS UNIDOS



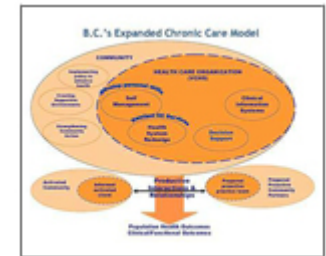
HOLANDA



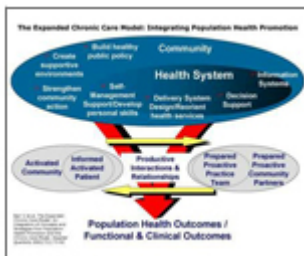
DINAMARCA



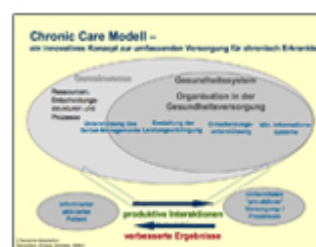
CANADÁ
BRITISH
COLUMBIA



REINO UNIDO



ALEMANHA



RÚSSIA



PAÍSES EM
DESENVOLVIMENTO
- OMS



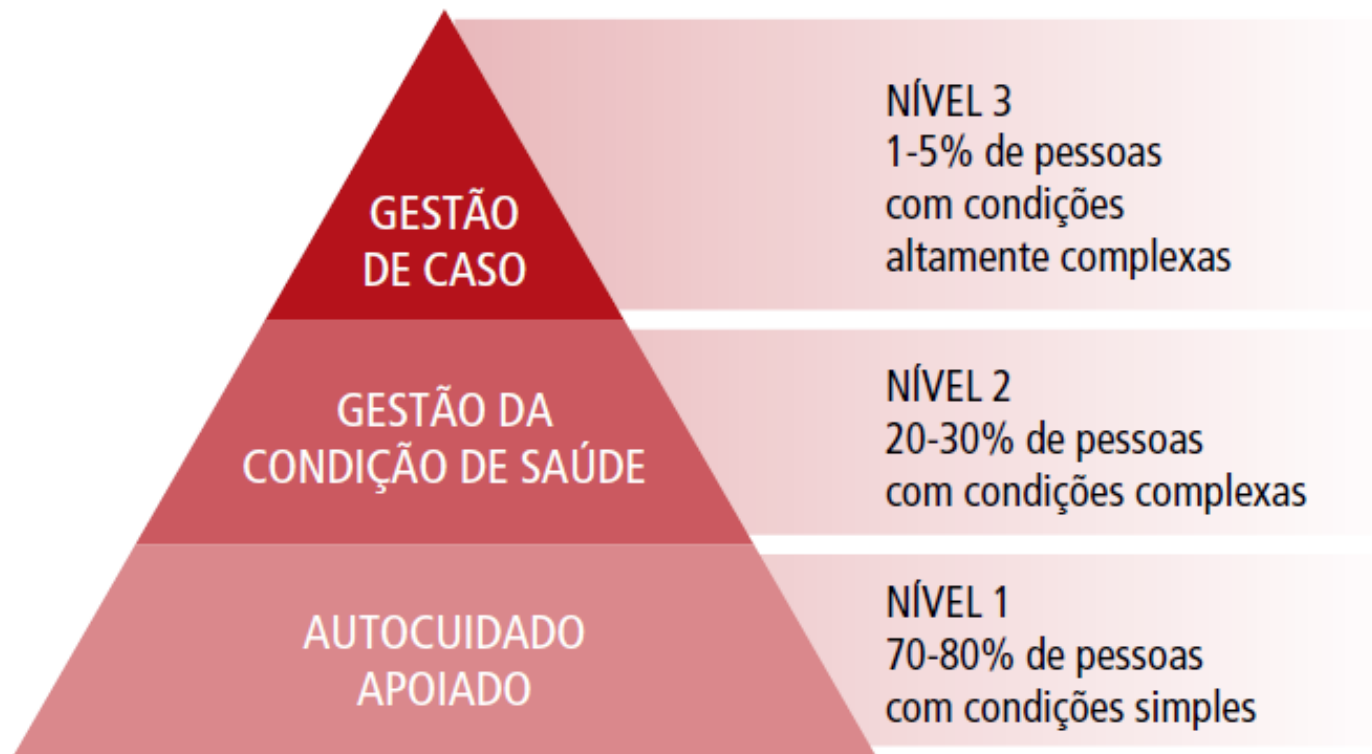
O MODELO DA CONDIÇÃO CRÔNICA NO BRASIL

- Incorporado como modelo de abordagem integral em condições crônicas no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS



FONTES: DEPARTMENT OF HEALTH. Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London, Department of Health, 2005. / PORTER M, KELLOGG M. Kaiser Permanente : an integrated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atencion Integrada. 1:1, 2008

A APLICAÇÃO DO MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

- O manejo clínico diferenciado por estratos de riscos
- A introdução da gestão da clínica
- A distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional
- A concentração ótima da atenção dos membros das equipes multiprofissionais no cuidado profissional
- A distribuição relativa da atenção entre profissionais generalistas e especialistas
- A racionalização da agenda dos profissionais da APS e da atenção especializada

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

- As condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.
- As características sociais dentro das quais a vida transcorre.
- A causa das causas na saúde.

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE DAHLGREN E WHITEHEAD

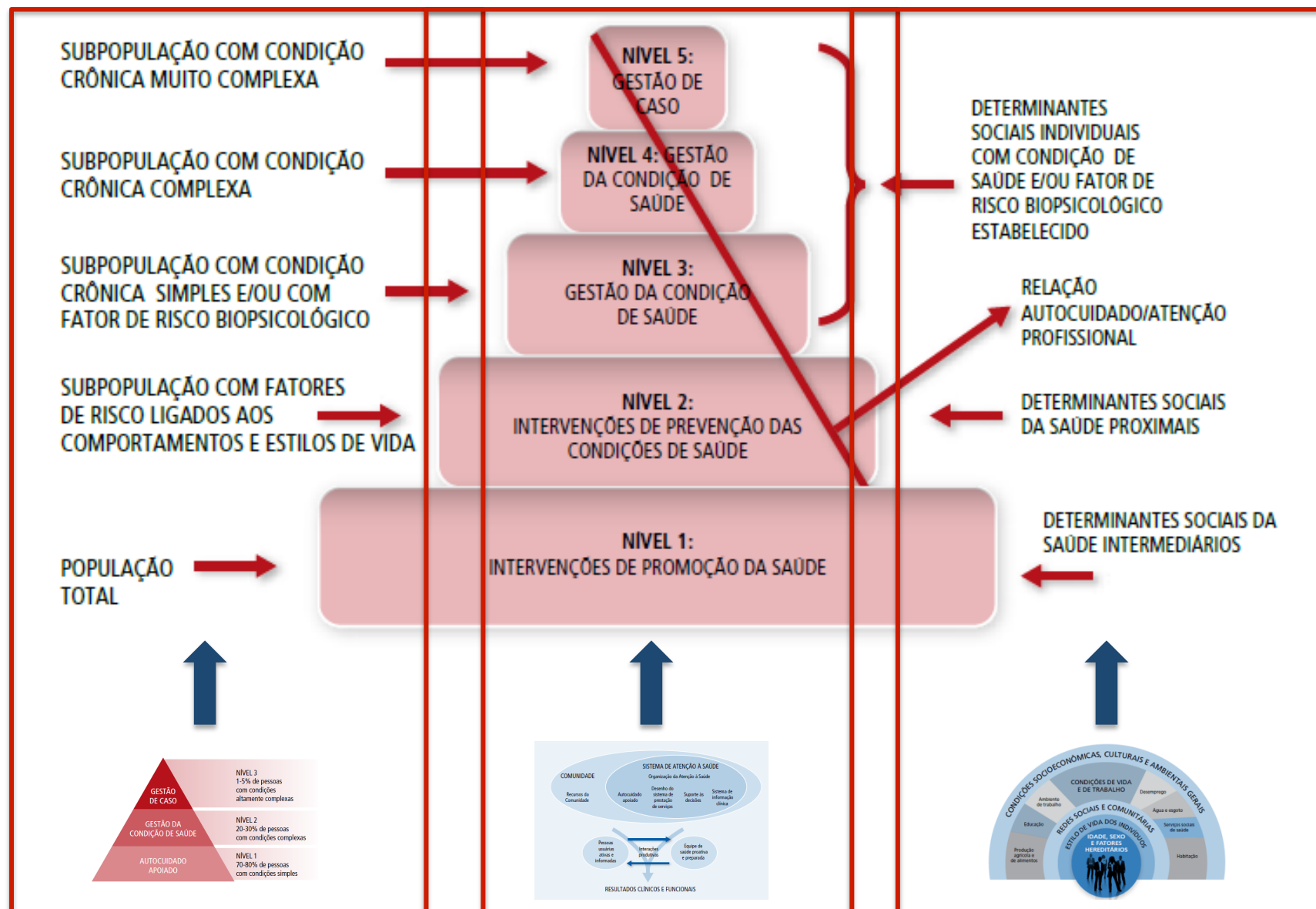


FONTE: DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

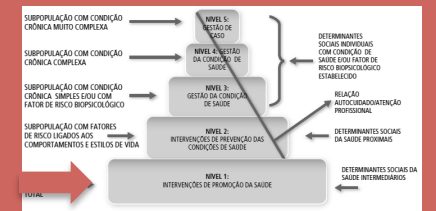
POR QUE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) PARA O SUS?

- Porque o SUS é um sistema público universal com responsabilidades claras sobre territórios e populações
- Porque o modelo do SUS deve incorporar intervenções sobre os determinantes sociais intermediários e distais: é um modelo expandido
- Porque as intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas devem ser feitas por subpopulações estratificadas por riscos e por meio de tecnologias de gestão da clínica.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

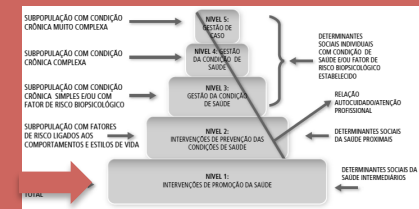


NÍVEL 1



- O nível 1 do MACC incorpora as intervenções de promoção da saúde, na população total, em relação aos determinantes sociais intermediários da saúde.
- As intervenções são realizadas por meio de projetos intersetoriais.

NÍVEL 1

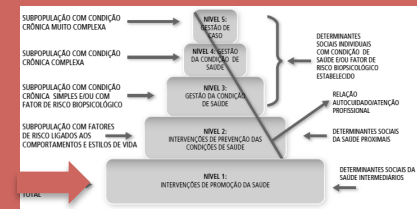


Os determinantes sociais intermediários da saúde (condições de vida e de trabalho)

- Emprego
- Renda
- Educação
- Habitação
- Saneamento
- Ação social
- Meio ambiente
- Segurança
- Violência
- Infra-estrutura
- Outros



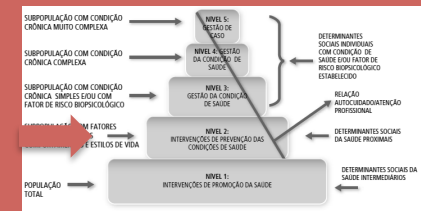
NÍVEL 1



As intervenções de promoção da saúde

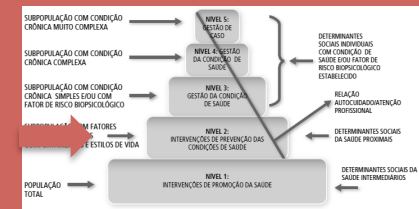
- As intervenções de vigilância em saúde relativas aos determinantes intermediários: emprego, renda, habitação, saneamento, ação social, educação, meio ambiente, segurança, violência, infraestrutura e outras
- As intervenções assistenciais da saúde, do campo da clínica, estão integradas em projetos intersetoriais com os outros determinantes sociais intermediários

NÍVEL 2



- O nível 2 do MACC incorpora as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde relativos aos comportamentos e aos estilos de vida

NÍVEL 2

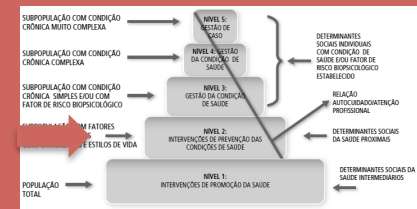


Os determinantes sociais proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida

- Dieta inadequada
- Inatividade física
- Uso excessivo de álcool
- Tabagismo
- Outros



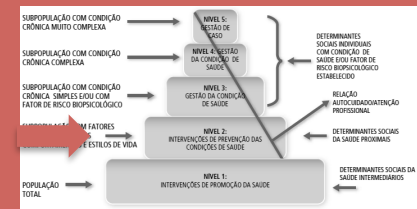
NÍVEL 2



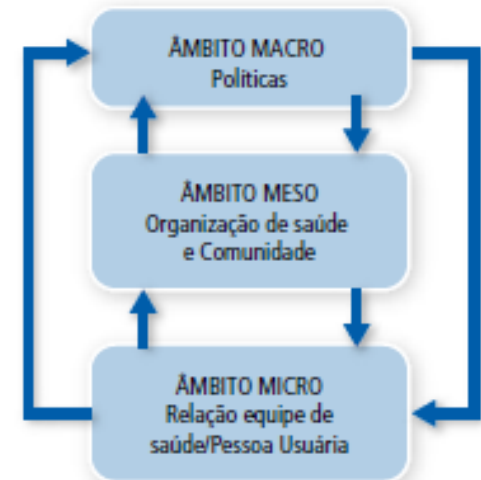
As intervenções de prevenção das condições de saúde

- As intervenções de vigilância em saúde relativas à dieta inadequada, à inatividade física, ao uso excessivo do álcool, ao tabagismo e aos outros fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida
- As intervenções assistenciais do campo da clínica relativas a esses fatores de risco: programa de reeducação alimentar, programa de atividade física, programa de controle de álcool, programa de controle do tabagismo e outros

NÍVEL 2

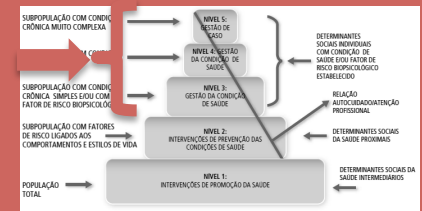


A matriz de prevenção das condições de saúde



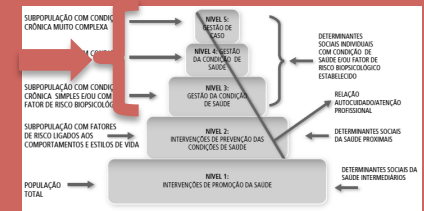
Fonte: MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

NÍVEL 3, 4 e 5



- Os níveis 3, 4 e 5 do MACC incorporam as intervenções sobre fatores de riscos biopsicológicos individuais e sobre condições de saúde estabelecidas, estratificadas por riscos

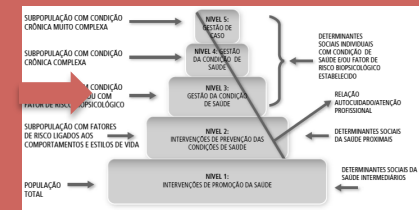
NÍVEL 3, 4 e 5



A lógica de estruturação dos níveis 3,4 e 5 do MACC:

- A utilização da gestão da clínica
- A estratificação segundo o modelo da pirâmide de riscos
- O nível 3: intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos individuais e sobre as condições de saúde simples com utilização da gestão da condição de saúde
- O nível 4: intervenções sobre as condições de saúde complexas com utilização da gestão da condição de saúde
- Nível 5: intervenções sobre as condições de saúde altamente complexas com utilização da gestão de caso

NÍVEL 3

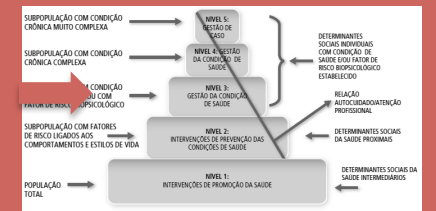


Os fatores de risco biopsicológicos individuais:

- Idade e gênero
- Fatores hereditários
- Resposta imunológica inadequada
- Lesões pré-clínicas
- Sobrepeso ou obesidade
- Pressão arterial elevada
- Colesterol elevado
- Nível glicêmico elevado
- Depressão
- Outros



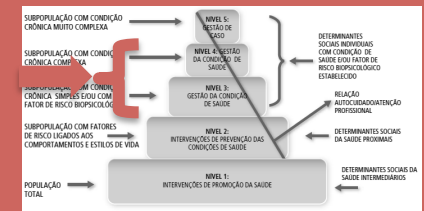
NÍVEL 3



As intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos individuais:

- A vigilância dos fatores de risco biopsicológicos
- As intervenções preventivas relativas a:
 - vacinação
 - rastreamento de condições de saúde
 - controle da hipertensão arterial
 - controle glicêmico
 - controle do colesterol
 - controle do peso
 - controle da depressão
 - intervenções sobre outros fatores

NÍVEL 3 e 4



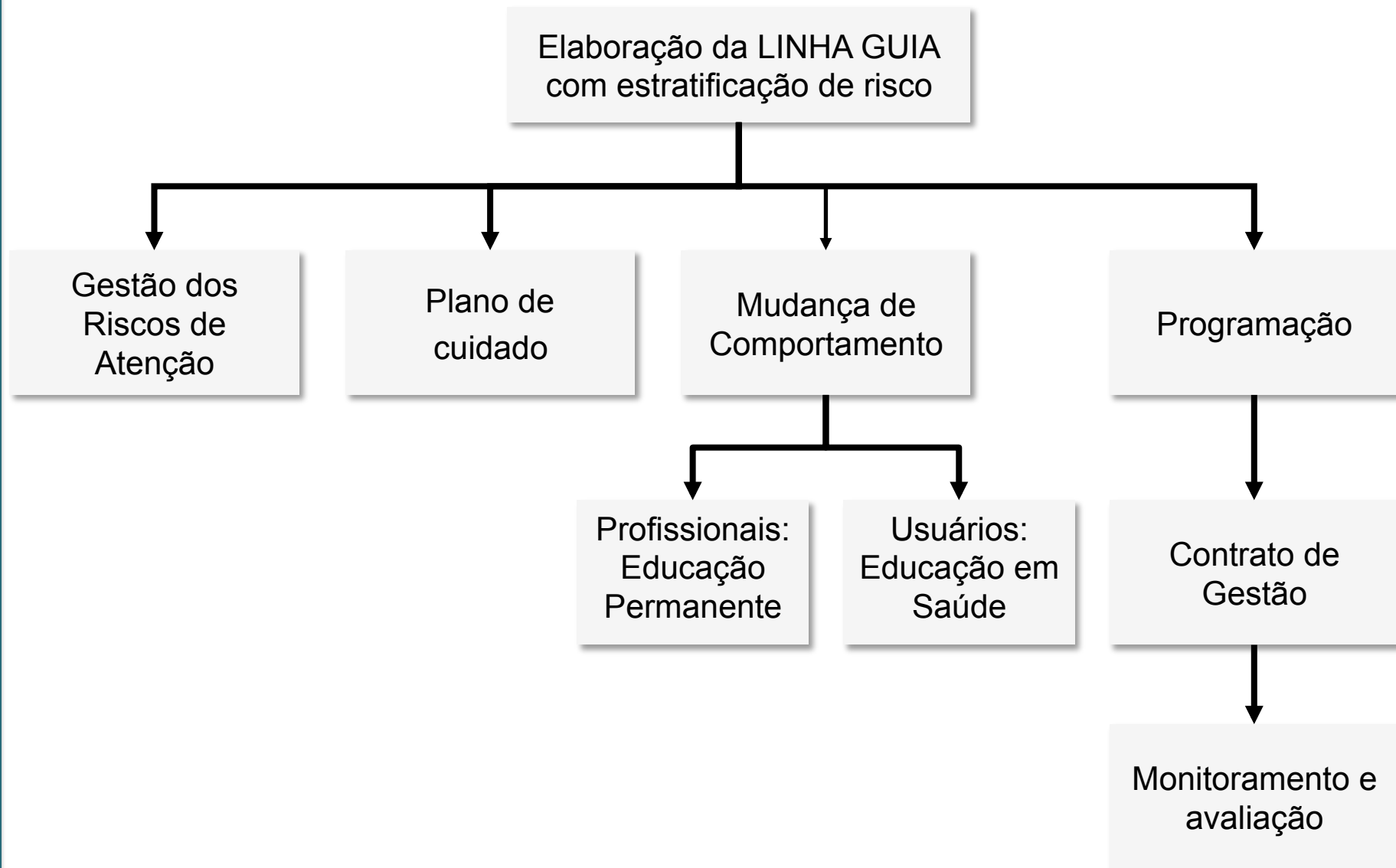
As intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas de níveis 3 e 4:

- as tecnologias de gestão da condição de saúde

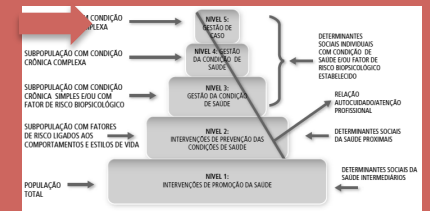
A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

- A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE



NÍVEL 5



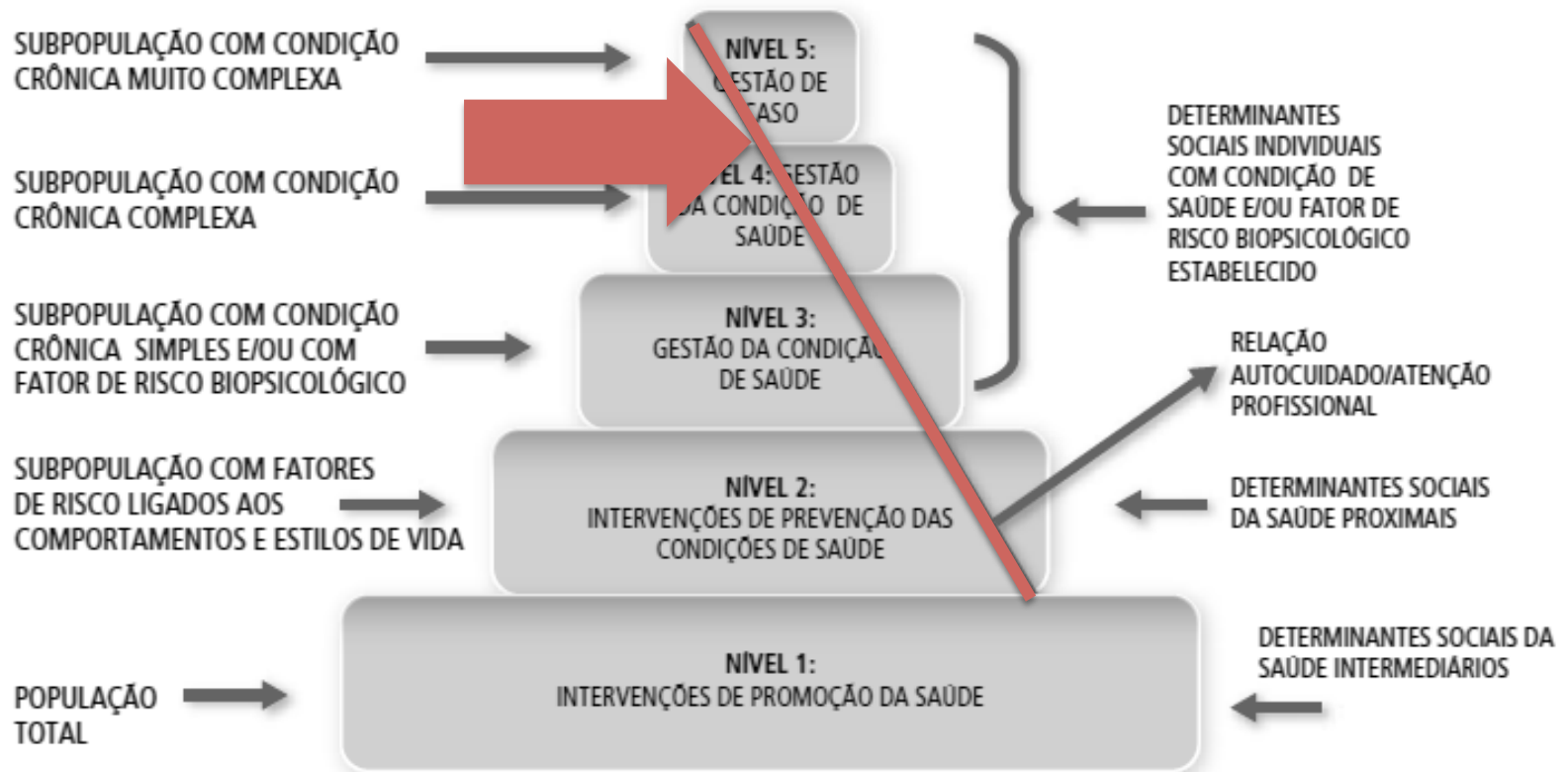
As intervenções sobre as condições de saúde estabelecidas de nível 5:

- A tecnologia de gestão de caso

O processo:

- A seleção do caso
- A identificação do problema
- A elaboração e implementação do plano de cuidado
- O monitoramento e a avaliação do plano de cuidado

AS RELAÇÕES ENTRE O AUTOCUIDADO APOIADO E O CUIDADO PROFISSIONAL NO MACC



DEZ CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE ALTA PERFORMANCE PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

1. Cobertura universal
2. Prestação de serviços acessível nos diferentes pontos de atenção
3. Foco na prevenção das condições crônicas
4. Alta prioridade para o autocuidado das pessoas usuárias com o suporte de cuidadores e famílias
5. Prioridade para a atenção primária à saúde
6. Gestão baseada na população com estratificação de riscos das condições crônicas
7. Atenção integrada para permitir as equipes de atenção primária à saúde acessar as opiniões e o suporte de especialistas
8. Utilização dos benefícios potenciais da tecnologia da informação na melhoria da atenção às condições crônicas
9. Atenção efetivamente coordenada
10. A ligação dessas nove características num todo coerente como parte de um enfoque estratégico de mudança: redes de atenção à saúde

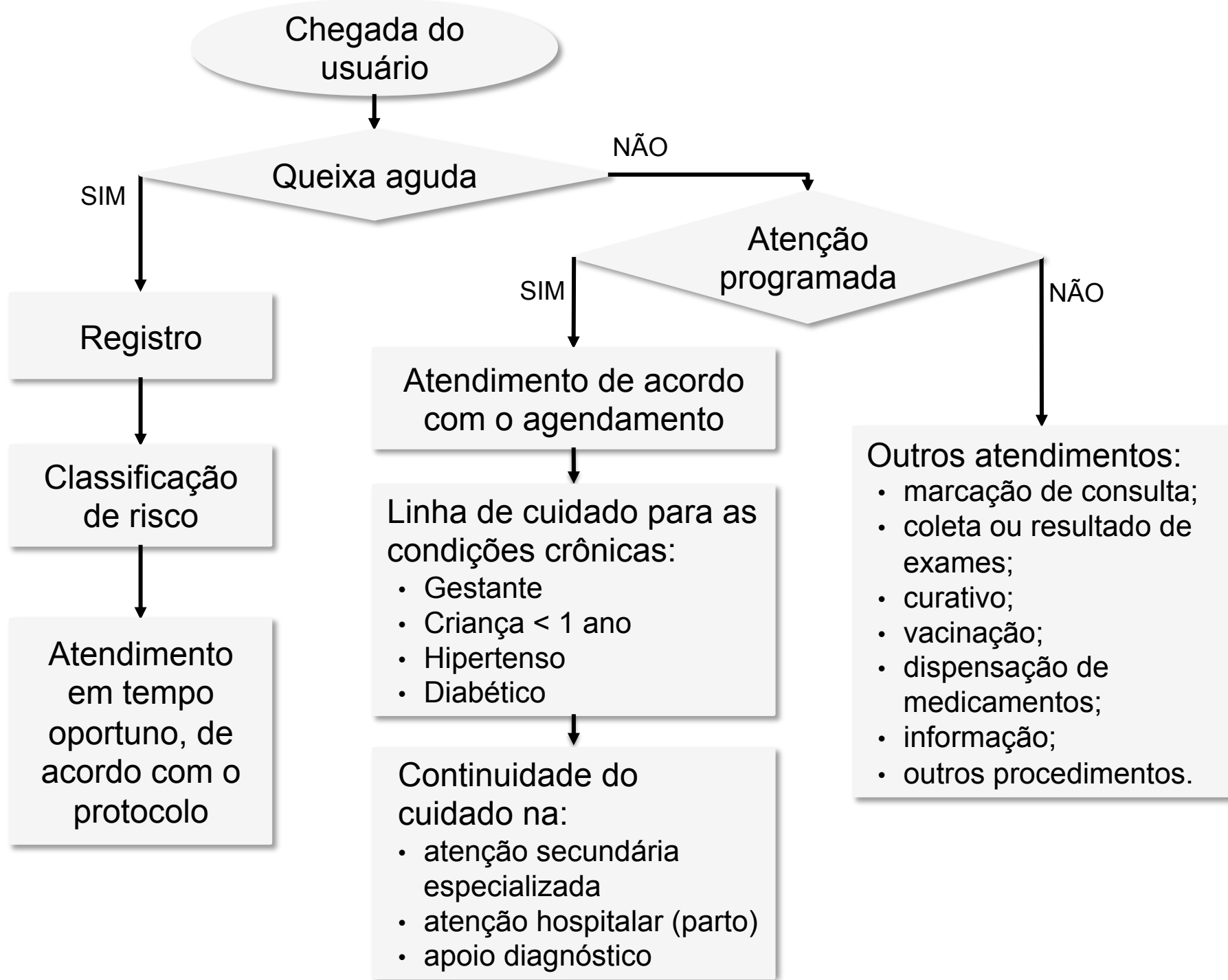
RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO MACC NA APS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

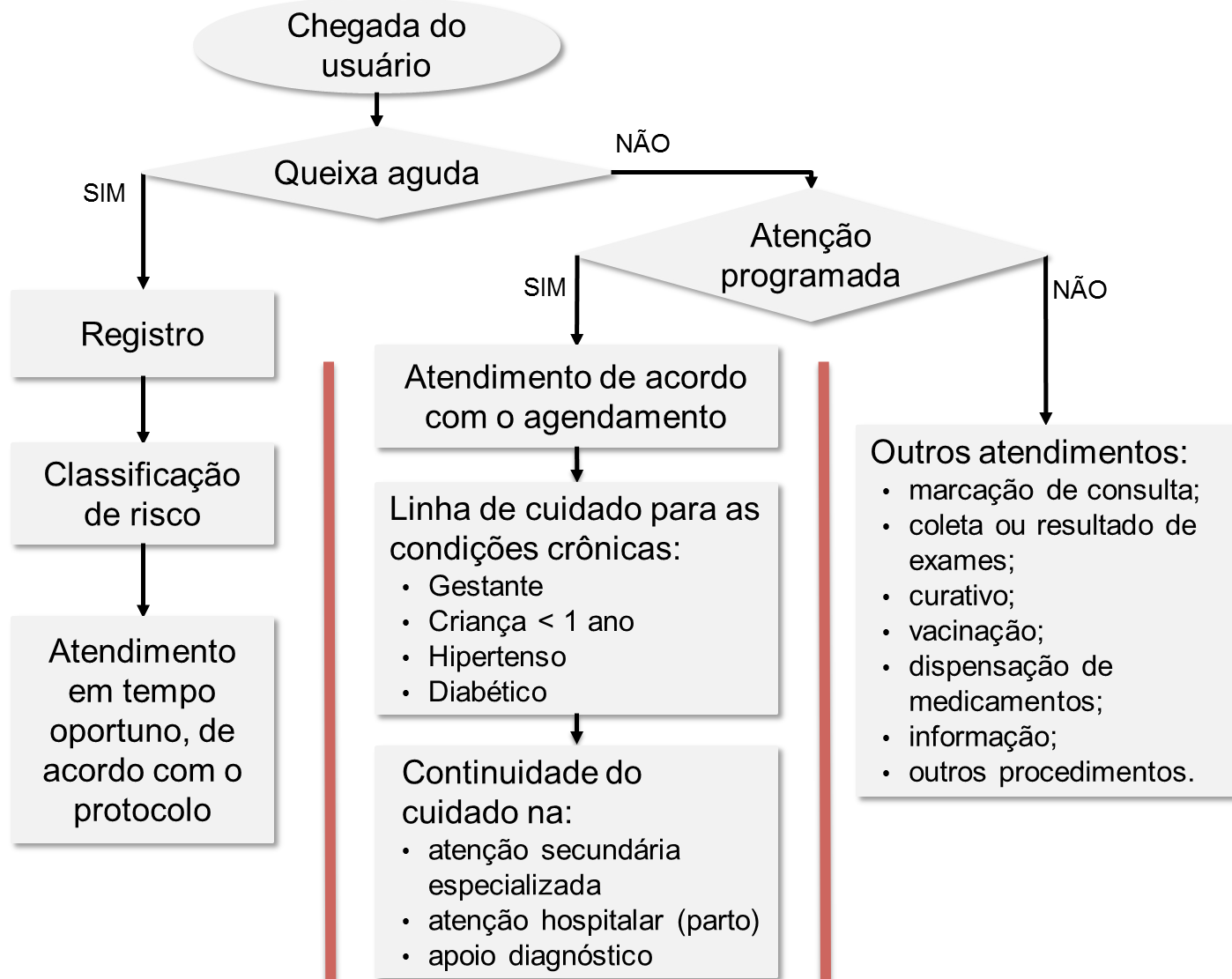
- 12 unidades da ESF que cobrem 105 mil pessoas
- Redução das internações hospitalares no período 2010 a 2012:
 - hipertensão: de 12 para 5
 - angina de peito: de 20 para 6
 - insuficiência cardíaca: de 93 para 25
 - doença cerebro-vascular: 106 para 52
 - diabetes: 49 para 16

RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO MACC NA APS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

- Aumento da cobertura período 2010 a 2012 :
 - Hipertensão arterial: de 34% para 59%
 - Diabetes: 35% para 53%
- Estabilização das condições crônicas:
 - hipertensão: 57% com pressão controlada
 - diabetes: 52% com glicemia controlada

OS FLUXOS INTERNOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE





**FLUXO DE ATENÇÃO
AO EVENTO AGUDO**
(condição aguda e condição
crônica agudizada)

**FLUXO DE ATENÇÃO
PROGRAMADA PARA
AS CONDIÇÕES
CRÔNICAS**

**FLUXO PARA MICRO-
PROCESSOS, DEMANDAS
ADMINISTRATIVAS E OUTRAS
DEMANDAS**

A PROGRAMAÇÃO



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO (registrar o nome):

Distrito:	
UBS:	
Equipe:	
Responsável:	

PROGRAMAÇÃO

Data da programação:	/ / (dia) (mês) (ano)
Período da programação:	/ / a / / (dia) (mês) (ano) (dia) (mês) (ano)
Revisão:	em / / (número) (dia) (mês) (ano)

CADASTRO FAMILIAR

OUTRAS 1

2

CICLO DE VIDA	FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
CRIANÇA	< 1 mês			0	#DIV/0!
	1 a 11 meses			0	#DIV/0!
	12 a 23 meses			0	#DIV/0!
	2 a 4 anos			0	#DIV/0!
	5 a 9 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal crianças	0	0	0	#DIV/0!
ADOLESCENTE	10 a 14 anos			0	#DIV/0!
	15 a 19 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal adolescentes	0	0	0	#DIV/0!
ADULTO	20 a 24 anos			0	#DIV/0!
	25 a 29 anos			0	#DIV/0!
	30 a 34 anos			0	#DIV/0!
	35 a 39 anos			0	#DIV/0!
	40 a 44 anos			0	#DIV/0!
	45 a 49 anos			0	#DIV/0!
	50 a 54 anos			0	#DIV/0!
	55 a 59 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal adultos	0	0	0	#DIV/0!
IDOSO	60 a 64 anos			0	#DIV/0!
	65 a 69 anos			0	#DIV/0!
	70 a 74 anos			0	#DIV/0!
	75 a 79 anos			0	#DIV/0!
	≥ 80 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal idosos	0	0	0	#DIV/0!
TOTAL		0	0	0	#DIV/0!

SINASC

(último ano fechado)

Ano

Nascidos vivos

Obs: onde não for conhecido o número de Nascidos Vivos, considerar, para efeito de programação, o total de crianças de 0 a 11 meses.

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA DE ATENDIMENTO



CONDIÇÃO	PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO	POPULAÇÃO ALVO		
		ESTIMADA	ATENDIDA	COBERTURA
GESTAÇÃO				
Total de gestantes	do número de nascidos vivos do último SINASC	0		#DIV/0!
- Risco habitual e Médio risco	das gestantes	0		#DIV/0!
- Alto risco	das gestantes	0		#DIV/0!
- Muito alto risco	das gestantes	0		#DIV/0!
CICLO DE VIDA DA CRIANÇA				
Primeiro ano de vida				
Total de crianças	do número de crianças de 0 a 11 meses cadastradas	0		#DIV/0!
- Risco habitual e médio	das crianças	0		#DIV/0!
- Risco alto e muito alto	das crianças	0		#DIV/0!
Segundo ano de vida				
Total de crianças	do número de crianças de 1 ano a 1a11 meses cadastradas	0		#DIV/0!
- Risco habitual e médio	das crianças	0		#DIV/0!
- Risco alto e muito alto	das crianças	0		#DIV/0!
HIPERTENSÃO				
Total de hipertensos	da população acima de 20 anos	0		#DIV/0!
- Risco baixo	dos hipertensos	0		#DIV/0!
- Risco moderado	dos hipertensos	0		#DIV/0!
- Risco alto	dos hipertensos	0		#DIV/0!
- Risco muito alto	dos hipertensos	0		#DIV/0!
DIABETES MELLITUS				
Total de hipertensos	da população acima de 20 anos	0		#DIV/0!
- Risco baixo	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco moderado	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco alto	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco muito alto	dos diabéticos	0		#DIV/0!
RENAL CRÔNICO				
Total de hipertensos	da população acima de 20 anos	0		#DIV/0!
- Risco baixo	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco moderado	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco alto	dos diabéticos	0		#DIV/0!
- Risco muito alto	dos diabéticos	0		#DIV/0!

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA

CONDIÇÃO

PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO

GESTÇÃO

Total de gestantes

110,0%

do número de nascidos vivos do último SINASC

- Risco habitual e Médio risco

85,0%

das gestantes

- Alto risco

11,2%

das gestantes

- Muito alto risco

3,8%

das gestantes

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA

CONDIÇÃO

PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO

CICLO DE VIDA DA CRIANÇA

Primeiro ano de vida

Total de crianças	100,0%	do número de crianças de 0 a 11 meses cadastradas
- Risco habitual e médio	75,0%	das crianças
- Risco alto e muito alto	25,0%	das crianças

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA

CONDIÇÃO

PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO

HIPERTENSÃO

Total de hipertensos

20,0%

da população acima de 20 anos

- Risco baixo

32,0%

dos hipertensos

- Risco moderado

43,0%

dos hipertensos

- Risco alto

20,0%

dos hipertensos

- Risco muito alto

5,0%

dos hipertensos

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA

CONDIÇÃO

PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO

DIABETES MELLITUS

Total de indivíduos com diabetes

- Risco baixo

- Risco moderado

- Risco alto

- Risco muito alto

10,0%

20,0%

50,0%

25,0%

5,0%

da população acima de 20 anos

dos indivíduos com diabetes

dos indivíduos com diabetes

dos indivíduos com diabetes

dos indivíduos com diabetes

POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTU

CONDIÇÃO

PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO

RENAL CRÔNICO

Total de indivíduos com DRC

13,9%

da população acima de 20 anos

- Risco baixo

41,4%

dos indivíduos com DRC

- Risco moderado

44,2%

dos indivíduos com DRC

- Risco alto

8,6%

dos indivíduos com DRC

- Risco muito alto

5,8%

dos indivíduos com DRC



POPULAÇÃO ALVO

DIMENSIONAMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES e COBERTURA DE ATENDIMENTO

CONDIÇÃO	PARÂMETRO EPIDEMIOLÓGICO	POPULAÇÃO ALVO			
		ESTIMADA	ATENDIDA	COBERTURA	
GESTAÇÃO					
Total de gestantes		do número de nascidos vivos do último SINASC	0		#DIV/0!
- Risco habitual e Médio risco		das gestantes	0		#DIV/0!
- Alto risco		das gestantes	0		#DIV/0!
- Muito alto risco		das gestantes	0		#DIV/0!
CICLO DE VIDA DA CRIANÇA					
Primeiro ano de vida					
Total de crianças		do número de crianças de 0 a 11 meses cadastradas	0		#DIV/0!
- Risco habitual e médio		das crianças	0		#DIV/0!
- Risco alto e muito alto		das crianças	0		#DIV/0!

ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE E PUÉRPERA

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Acompanhamento da GESTANTE						
Identificar e cadastrar as gestantes da área de abrangência	100% das gestantes da área de abrangência cadastradas na UBS.	ACS		0 gestante	0 cadastro	1 ano
Realizar a primeira consulta para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza primeira consulta de pré-natal, com o enfermeiro, em até 24 h após o cadastro na UBS, para: - Avaliação clínico-obstétrica; - Cálculo inicial da DPP pela DUM; - Cadastro no SIS Pré-natal; - Estratificação do risco gestacional; - Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante; - Solicitação de exames complementares; - Avaliação do calendário vacinal; - Vinculação à maternidade.	Enfermeiro		0 gestante	0 primeira consulta de enfermagem	1 ano

Acompanhamento da PUÉRPERA

ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE
Novos Critérios para Estratificação
de Risco e Acompanhamento da Gestante

PROGRAMA VIVA VIDA
Projeto Mães de Minas

MAIO 2015

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	GESTANTE			
		RISCO HABITUAL	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	MUITO ALTO RISCO
Consultas subseqüentes do pré-natal para: - Avaliação clínico-obstétrica - Confirmação da idade gestacional - Estratificação do risco gestacional - Preenchimento do Cartão da Gestante - Reavaliação do Plano de Cuidado - Revisão da vinculação à maternidade, de acordo com a estratificação de risco - Agendamento do retorno	Na Unidade Básica de Saúde	Mínimo de uma consulta mensal até 34 semanas, quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento (médicas e de enfermagem alternadas).		Mínimo de uma consulta a cada 6 semanas até 34 semanas para monitoramento do Plano de Cuidado e uma consulta quinzenal até 38 semanas e semanal até o nascimento para monitoramento e avaliação de trabalho de parto (médicas e de enfermagem alternadas)	
	No Centro de Referência em Atenção Secundária (Centro Viva Vida)	Não é necessário		- Mínimo de uma consulta médica a cada um mês - Mínimo de uma consulta de enfermagem a cada um mês - Mínimo de uma avaliação multiprofissional com nutricionista, psicólogo e assistente social	
	No Ambulatório de Medicina Fetal	Não é necessário		Não é necessário	De acordo com a avaliação clínica

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO

Acompanhamento da CRIANÇA - Primeiro ano de vida

Identificar e cadastrar todas as crianças menores de 1 ano da área de abrangência	100% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência cadastradas na UBS. OBS: A equipe deve, como continuidade do cuidado à gestante, se informar sobre o parto e monitorar a alta da mãe e do RN.	ACS		0 criança	0 visita domiciliar	1 ano
Realizar visita domiciliar para todos os RN da área de abrangência	100% dos RN da área de abrangência recebem visita domiciliar pelo enfermeiro logo após o nascimento, para: - ações de educação em saúde; - cadastro na puericultura; - identificação de sinais de alerta; - identificação de situações ou fatores de risco. <u>Prazo:</u> até 48 horas após a alta da maternidade.	Enfermeiro		0 recém nascido	0 visita domiciliar	1 ano

ATENÇÃO EM HIPERTENSÃO, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO

Acompanhamento do usuário com HIPERTENSÃO ARTERIAL

Identificar e cadastrar os hipertensos da área de abrangência	100% dos hipertensos da área de abrangência cadastrados na UBS.	ACS		0 hipertenso	0 cadastro	1 ano
Realizar a primeira consulta médica para os hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam primeira consulta médica para: - avaliação clínica; - estratificação de risco; - elaboração do plano de cuidado.	Médico		0 hipertenso	0 primeira consulta médica	1 ano

Acompanhamento do usuário com DIABETES MELLITUS

DIMENSIONAMENTO da NECESSIDADE de SAÚDE na ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES PROGRAMADAS - ANO

	MÉDICO		ENFERMEIRO					OUTROS	TOTAL DE ATIVIDADES
	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AVALIAÇÃO PÉ DIABÉTICO	VISITA DOMICILIAR	GRUPO OPERATIVO	CONSULTA ODONTOLÓGICA	
TOTAL GERAL - ANO (G+P+C+H+D2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CARGA HORÁRIA NECESSÁRIA PARA AS ATIVIDADES PROGRAMADAS

		MÉDICO		ENFERMEIRO					OUTROS
		PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AVALIAÇÃO PÉ DIABÉTICO	VISITA DOMICILIAR	GRUPO OPERATIVO	CONSULTA ODONTOLÓGICA
Duração média de cada atividade	em MINUTOS								
	em HORAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Carga horária necessária para o total de atividades (em horas)	ANUAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENSAL ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
	SEMANTAL	0	0	0	0	0	0	0	0
		0		0					0

⁽¹⁾ Divisão por 11 meses de trabalho, preservando o mês de férias

DIMENSIONAMENTO da NECESSIDADE de SAÚDE na ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES PROGRAMADAS - ANO

TOTAL GERAL - ANO (G+P+C+H+D2)	MÉDICO		ENFERMEIRO					OUTROS	TOTAL DE ATIVIDADES
	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AVALIAÇÃO PÉ DIABÉTICO	VISITA DOMICILIAR	GRUPO OPERATIVO	CONSULTA ODONTOLÓGICA	
	0	0	0	0	0	0	0	0	

CARGA HORÁRIA NECESSÁRIA PARA AS ATIVIDADES PROGRAMADAS

Duração média de cada atividade	em MINUTOS em HORAS	MÉDICO		ENFERMEIRO					OUTROS
		PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AVALIAÇÃO PÉ DIABÉTICO	VISITA DOMICILIAR	GRUPO OPERATIVO	CONSULTA ODONTOLÓGICA
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Carga horária necessária para o total de atividades (em horas)	ANUAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENSAL ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
	SEMANAL	0	0	0	0	0	0	0	0
		0		0					0

⁽¹⁾ Divisão por 11 meses de trabalho, preservando o mês de férias

ANÁLISE DO ATENDIMENTO SEMANAL

PROFISSIONAIS	CAPACIDADE OPERACIONAL			CARGA HORÁRIA PROGRAMADA				CH NÃO PROGRAMADA	
	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL (horas/semana /profissional)	NÚMERO DE PROFISSIONAIS (contratados)	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL TOTAL (horas/semana)	EDUCAÇÃO PERMANENTE	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS		ATENÇÃO AO EVENTO AGUDO	
				CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	%	CH (horas/semana)	%
Médico			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!
Enfermeiro			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!
Dentista			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!

ANÁLISE DO ATENDIMENTO SEMANAL

PROFISSIONAIS	CAPACIDADE OPERACIONAL			CARGA HORÁRIA PROGRAMADA				CH NÃO PROGRAMADA	
	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL (horas/semana /profissional)	NÚMERO DE PROFISSIONAIS (contratados)	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL TOTAL (horas/semana)	EDUCAÇÃO PERMANENTE	ATIVIDADES ADMINIS-TRATIVAS	ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS		ATENÇÃO AO EVENTO AGUDO	
				CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	%	CH (horas/semana)	%
Médico			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!
Enfermeiro			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!
Dentista			0,0			0,0	✔ #DIV/0!	0,0	✔ #DIV/0!

