



**LIACC /
SAMONTE**

ORGANIZAÇÃO DOS MACROPROCESSOS BÁSICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OFICINA IV

ATENÇÃO PROGRAMADA PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Santo Antônio do Monte
Outubro, 2013

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



PARCERIA

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde -

CONASS

Organização Panamericana de Saúde – OPAS



1. OBJETIVOS

Esta oficina tem como objetivos possibilitar aos participantes:

- Compreender a fundamentação teórica sobre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC.
- Compreender o processo de atenção à saúde na Unidade de Atenção Primária à Saúde e a programação da atenção às condições crônicas.
- Compreender a parametrização assistencial para as condições crônicas relativas às redes de atenção à saúde prioritárias: gestação, criança menor que 1 ano, hipertensão, diabetes e doença renal crônica.
- Desenvolver habilidade para realizar a programação da atenção às condições crônicas utilizando a planilha de programação.

2. PRODUTOS

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

- Programação da atenção à saúde realizada para as condições de saúde das redes prioritárias: gestação, menor que 1 ano, hipertensão e diabetes.

3. PROGRAMAÇÃO

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

TEMPO	ATIVIDADE	TEMA
08h00 – 08h30	Abertura	
08h30 – 09h30	Exposição	O modelo de atenção às condições crônicas
09h30 – 11h00	Trabalho em Grupo	O modelo de atenção às condições crônicas e a programação da atenção
11h00 – 12h00	Exposição	O processo de programação da atenção às condições crônicas e a parametrização epidemiológica e assistencial para a gestação, criança menor que 1 ano, hipertensão e diabetes
12h00 – 13h30	Intervalo para almoço	
13h30 – 16h30	Plenário	A programação da atenção às condições crônicas: exercício utilizando a ferramenta de programação
16h30 – 17h15	Plenário	Plano de Trabalho para o Período de Dispersão
17h15 – 17h30	Plenário	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: O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE – MACC

Esta atividade tem como objetivo compreender o modelo de atenção às condições crônicas – MACC, sua justificativa e descrição, a gestão da condição de saúde e a programação da atenção.

4.2.1 TEXTO DE APOIO 1

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) ¹

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

Uma visita à literatura internacional e nacional permitiu a construção de uma proposta de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas que tem como base três outros modelos: o Modelo de Atenção Crônica (*Chronic Care Model* – CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco – MPR e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

As evidências recolhidas na literatura internacional sobre os modelos de atenção à saúde e a singularidade do SUS fez com que Mendes desenvolvesse um modelo de atenção às condições crônicas (MACC) que pudesse ser aplicado ao sistema público de saúde brasileiro.

Por que um modelo de atenção às condições crônicas para o SUS?

Há várias razões para o desenvolvimento do MACC. Esse modelo baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega, àquele modelo seminal, outros elementos para ajustá-lo às singularidades do SUS. A razão é que o CCM foi concebido num ambiente de sistemas de atenção à saúde dos Estados Unidos fortemente marcados pelos valores que caracterizam a sociedade americana, dentre eles o autointeresse e a competitividade, e que se distanciam de valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais. A base do MACC é o CCM, mas, esse modelo de origem, foi expandido, com a incorporação de outros dois modelos – o MPR e o modelo da determinação social da saúde –, para se adaptar às exigências de um sistema de atenção à saúde público e universal como o SUS.

O SUS é um sistema público de atenção à saúde com responsabilidades claras sobre territórios e populações. Nesse aspecto, a gestão de base populacional convoca um modelo que estratifique a população segundo riscos, o que implicou a incorporação, pelo MACC, do MPR.

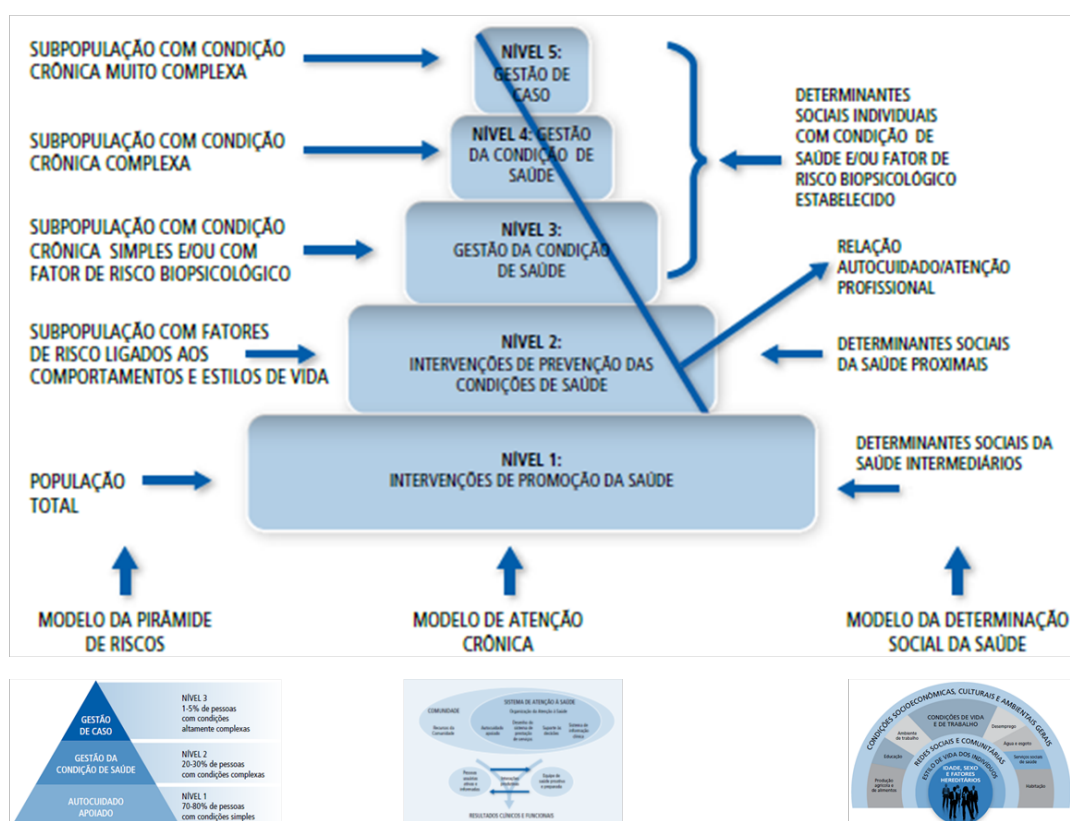
Além disso, o SUS deve operar com uma perspectiva ampla de saúde que deriva de mandamento constitucional e que implica a perspectiva da determinação social da saúde. Isso levou à incorporação, no MACC, do modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead. Assim, à semelhança do modelo dos

cuidados inovadores para condições crônicas da Organização Mundial da Saúde, do modelo de atenção à saúde e assistência social do Reino Unido e do modelo de atenção crônica expandido de British Columbia, Canadá, o MACC é um modelo que se expandiu para acolher os diferentes níveis da determinação social da saúde.

A descrição geral do MACC

O MACC está representado, graficamente, na figura abaixo.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes, 2009

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de

riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de determinação social saúde de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que se tratando de um modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

O MACC pode ser aplicado a diferentes espaços sociais. Como esse livro trata da APS, aqui se considera sua aplicação nesse âmbito local.

O lado esquerdo da figura corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da ESF, em torno de 3.500 pessoas. Essa população e suas subpopulações são cadastradas na ESF e são registradas segundo as subpopulações de diferentes níveis do modelo: o nível 1, a população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários; o nível 2, as subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de álcool, com alimentação inadequada, sob estresse exagerado e outros; o nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; o nível 4, as subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e o nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas. O conhecimento de sua população pela ESF e sua divisão em subpopulações por diferentes riscos constitui o alicerce da gestão da saúde com base na população.

O conhecimento da população da ESF envolve 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 lado direito da figura corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde em função dos determinantes sociais da saúde.

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais da saúde intermediários que se manifestam no âmbito local de atuação da ESF, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho: educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais etc.

O meio da figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem, no espaço micro, ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, de geração de emprego e renda, de ampliação do acesso ao saneamento básico, de melhoria educacional, melhoria na infraestrutura urbana etc. Os projetos intersetoriais geram sinergias entre as diferentes políticas públicas produzindo resultados positivos na saúde da população.

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção das condições de saúde e não prevenção das doenças, porque se pode prevenir condições de saúde, como gravidez nas mulheres e incapacidade funcional das pessoas idosas, que não são doenças. Esses determinantes são considerados fatores de risco modificáveis e são potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida ou a manifestação de um fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou gênero. Somente a partir do nível 3 do MACC é que se vai operar com um fator de risco biopsicológico e/ou com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde

estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos, a camada central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão baseada na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica no seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível 3, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos como idade, gênero, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, vai-se operar com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na grande maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas linhas-guia respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco ou gestante de risco habitual e gestante de alto risco).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura, e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências da pirâmide de risco que demonstram que 70 a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, vai-se operar principalmente por meio das intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da ESF, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional e, nesse nível é que se necessita de uma atenção cooperativa dos generalistas da ESF e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão, também, relacionadas nas linhas-guia das respectivas condições de saúde. Essas condições muito complexas são aquelas previstas na lei da concentração dos gastos e da severidade das condições de saúde que define que uma parte pequena de uma população, em função da gravidade de suas condições de saúde, determina os maiores dispêndios dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, e principalmente, são as pessoas que mais sofrem. Por isso, as necessidades dessas pessoas convocam uma tecnologia específica de gestão da clínica, a gestão de caso. Há, aqui, uma alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pela pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

4.2.2 TEXTO DE APOIO 2

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE ²

O histórico

A tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (*disease management*), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica.

Desde seu surgimento, a gestão da condição de saúde vem passando por sucessivas gerações (1075). A primeira geração consistiu na provisão de um ou mais serviços, normalmente de cuidado ou cura, que não eram regularmente ofertados em relação a determinada doença. A segunda geração avançou no sentido de privilegiar ações concernentes às pessoas usuárias mais graves e mais custosas, uma resposta parcial à lei da concentração da severidade e dos

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

gastos em saúde. Essas duas gerações deram origem ao nome gerenciamento de doença, já que eram voltadas fortemente para determinada doença, com ações de cuidado, cura ou reabilitação. A terceira geração veio junto com a implantação dos sistemas integrados ou RASs e a tecnologia passou a abarcar toda a história de uma condição de saúde, através de medidas de prevenção primária, secundária e terciária e com estratificação dos riscos populacionais. A quarta geração que se está iniciando é a transformação da gestão de doença em gestão da saúde ou em gestão total da saúde, em que a ênfase se dará em medidas promocionais e preventivas destinadas a otimizar o estado de saúde, com um enfoque menos orientado às medidas de cura, cuidado e reabilitação.

Ainda que a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental. Essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, neles, melhores condições contextuais para o seu pleno desenvolvimento.

O conceito

Há vários conceitos de gerenciamento de doença. Um deles, da *Disease Management Association of America*, define-o como um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, em condições nas quais os esforços de autocuidados são significativos.

A proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura do gerenciamento de doença e representa um *mix* da terceira e da quarta gerações dessa tecnologia de gestão da clínica. Ela se beneficia das experiências internacionais, mas foi desenvolvida para adaptar-se às singularidades de um sistema público universal, o SUS, e porque vai além da mera gestão de doenças, para acomodar-se ao conceito da condição de saúde. A gestão da condição de saúde vai além do gerenciamento das doenças crônicas, incorporando os fatores de risco proximais

e os eventos vitais ligados aos ciclos de vida, como gestação, puericultura, hebicultura e senicultura.

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

A gestão da condição de saúde é a tecnologia de gestão da clínica que se utiliza no manejo das condições crônicas das pessoas atendidas nos níveis 3 e 4 do MACC.

A gestão da condição de saúde faz-se em relação aos fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão, pré-diabetes e outros) e em relação às condições crônicas estabelecidas (gravidez, puericultura, diabetes, asma, doença coronariana e outras). A divisão entre condição de saúde de nível 3 e condição de saúde de nível 4, conforme se mostra na Figura 12 do MACC, separa as condições crônicas de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o MPR. A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos. Na gestão da condição de saúde de nível 3 vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado prestado pela equipe da ESF, e na gestão da condição de saúde de nível 4, vai-se fixar, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado, com trabalho articulado de generalistas e especialistas.

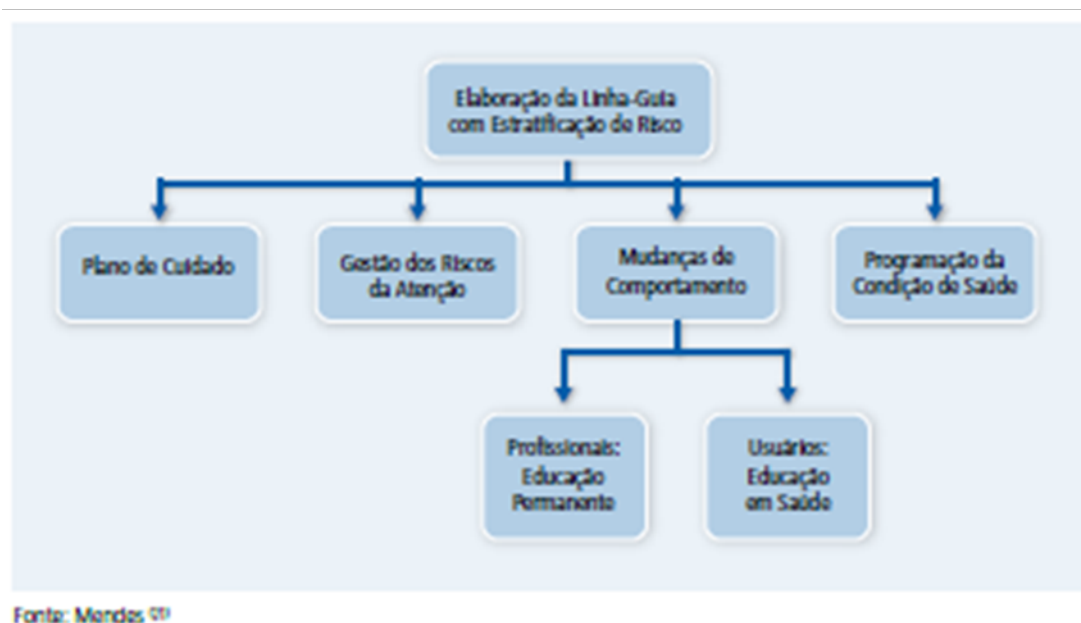
A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos e reabilitadores para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por

meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população.

A gestão da condição de saúde tem como premissa a melhoria da atenção à saúde em toda a RAS, mas ela pode ser, especialmente, aplicada na ESF.

A gestão da condição de saúde é representada, graficamente, na Figura 22.

Figura 22: A gestão da condição de saúde



As indicações da gestão da condição de saúde

A gestão da condição de saúde é uma tecnologia indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo. É um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população através de um sistema de cadastramento familiar e de um sistema de informação com capacidade de fazer o registro dessa população adscrita por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição. Isso faz com que a

ESF seja um espaço privilegiado de gestão da atenção à saúde porque é, nesse nível, que a população se afilia ao sistema de atenção à saúde.

O processo de desenvolvimento da gestão da condição de saúde

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

A gestão da condição de saúde, tal como se observa na Figura 22, estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde.

A programação da condição de saúde, na ESF, estrutura-se em três momentos: a elaboração da programação, o contrato de gestão e o monitoramento e a avaliação.

A elaboração da programação local

A programação local faz-se em cada equipe da ESF. Dada a função coordenadora que a ESF tem nas RASs, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação da ESF é uma programação de base populacional, o que implica ser feita a partir da população efetivamente cadastrada em cada equipe da ESF. A programação de base populacional não utiliza os parâmetros de oferta, como consultas por habitante, por exemplo, mas parâmetros epidemiológicos que são baseados em evidências científicas e que são parte das diretrizes clínicas na forma de uma planilha de programação. Além disso, os parâmetros, para se adequarem ao MACC, são definidos por estratos de riscos.

A ESF é o lugar privilegiado de programação das intervenções em todos os pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas de apoio das RASs. Ali não se programam somente as intervenções da APS, mas as intervenções de atenção secundária e terciária, ambulatoriais e hospitalares, e dos sistemas de apoio como a patologia clínica e a assistência farmacêutica. Por exemplo, sabe-se quem são as gestantes de alto risco vinculadas a uma equipe da ESF e, de acordo com os parâmetros de necessidades, programam-se as consultas especializadas necessárias no centro de referência (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária). Portanto, toda a programação das RASs, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na ESF, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. É assim que se vai construindo uma ESF com capacidade de ser efetivamente uma estratégia de organização do SUS e de coordenação de toda a RAS.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo o MPR e de acordo com as planilhas de programação que fazem parte das linhas guia da ESF. Ou seja, não faz sentido programar intervenções únicas para os portadores de hipertensão arterial, mas para cada estrato separado, os de baixo, médio, alto e muito alto riscos. A razão é que as abordagens clínicas diferenciam-se por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. Assim, as consultas médicas são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto riscos, o que difere, substancialmente, de um parâmetro médio aplicado a todos os portadores de hipertensão arterial.

A experiência mineira do modelo de programação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é uma proposta sólida de implantação de um planejamento com base populacional e de toda a RAS.

A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que a irá executar.

As evidências sobre a gestão da condição de saúde

Como a proposta de gestão da condição de saúde é uma releitura da tecnologia utilizada internacionalmente de gerenciamento de doença, as evidências foram demonstradas em relação a cada um dos componentes principais. Contudo, na literatura internacional é possível identificar evidências da aplicação global do gerenciamento de doença na APS. Há evidências sobre os efeitos positivos da aplicação da tecnologia de gerenciamento de doença, na APS, em condições crônicas, melhorando os resultados sanitários e econômicos.

4.3 ESTUDO DIRIGIDO: O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO

Esta atividade tem como objetivo compreender a fundamentação teórica apresentada sobre o modelo de atenção às condições crônicas, a gestão da condição de saúde e a programação da atenção.

4.3.1 TRABALHO EM GRUPO: ORIENTAÇÃO

- Os participantes da oficina serão divididos em grupos.
- Cada grupo deve eleger um coordenador e um relator.
- Ler os textos de apoio “O modelo de atenção às condições crônicas” e “A gestão da condição de saúde”.
- Discutir e responder às questões:
 - Justifique a importância da gestão da condição de saúde no modelo de atenção às condições crônicas.

- Quais os critérios e passos importantes para a programação da atenção?
- O relator terá 10 minutos para apresentar o resultado final.

4.4 PLENÁRIO: O PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS E A PARAMETRIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ASSISTENCIAL

Esta atividade tem como objetivo compreender a atenção à saúde na UAPS, os principais processos que devem ser organizados, a programação da atenção às condições crônicas e a parametrização epidemiológica e assistencial para as condições crônicas relativas às redes de atenção à saúde prioritárias: gestação, criança menor que 1 ano, hipertensão e diabetes.

4.5 PLENÁRIO: A PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS DAS REDES PRIORITÁRIAS

Esta atividade tem como objetivo desenvolver habilidade para a programação da atenção às condições crônicas, utilizando a Planilha de Programação da Atenção Primária à Saúde: o registro da população cadastrada, o dimensionamento da população alvo estimada, a análise da cobertura de atendimento, a definição de novas metas de cobertura e a análise da carga horária no atendimento semanal.

4.5.1 PLENÁRIO: ORIENTAÇÃO

- A atividade será desenvolvida em plenário.
- Os participantes se dividirão em duplas ou trios de acordo com o número de

computadores disponíveis, de forma que, todos possam acompanhar o exercício de programação.

- Ler o caso “O Atendimento na Unidade Básica de São Joaquim” apresentado a seguir.
- Em seguida, utilizando a planilha de programação, definir a programação das atividades para a UBS São Joaquim.
- Definir a padronização do atendimento e analisar o atendimento semanal, comparando o tempo dedicado à atenção programada, ao atendimento da demanda espontânea, à educação permanente e às atividades administrativas.
- Discutir em plenária o resultado da programação.

4.5.2 CASO 1

O ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOAQUIM

A UAPS São Joaquim situa-se geograficamente na periferia do município de Quero-quero, no bairro Coqueiral, distando-se do centro da cidade aproximadamente 10 km. Possui uma equipe de saúde da família (contando com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e oito ACS), uma equipe de saúde bucal (com um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário; não possui THD) e com os seguintes servidores de apoio administrativo: um auxiliar de serviços gerais, uma copeira, uma recepcionista e um vigia. A unidade funciona de 7 às 18h ininterruptamente e todos os profissionais têm jornada de trabalho de 40h semanais.

Segundo dados do cadastro familiar e do SIAB, vive nesse território uma população de 3.459 habitantes, num total de 864 domicílios. Foi identificado que 30% das famílias são de risco e 10% da população tem plano de saúde.

Segundo os dados do cadastro familiar e do SIAB, temos a seguinte distribuição da população por faixa etária:

FAIXA ETÁRIA - ANOS	FEMININO	MASCULINO
< 1 mês	4	3
1 a 11 meses	22	20
12 a 23 meses	28	26
1 a 4 anos	96	79
5 a 9 anos	146	135
10 a 14 anos	161	149
15 a 19 anos	180	166
20 a 24 anos	182	168
25 a 29 anos	165	153
30 a 34 anos	152	140
35 a 39 anos	147	135
40 a 44 anos	130	120
45 a 49 anos	107	99
50 a 54 anos	90	84
55 a 59 anos	57	53
60 a 64 anos	45	41
65 a 69 anos	37	35
70 a 74 anos	24	22
75 a 79 anos	18	16
≥ 80 anos	12	12
TOTAL	1.803	1.656

Existem 150 hipertensos cadastrados e acompanhados na unidade. A maioria não tem estratificação de risco, mas o antigo médico da unidade fez uma avaliação de parte do grupo, identificando 21 hipertensos de alto risco. Da mesma forma, os diabéticos cadastrados são poucos: um total de 82 usuários com diabetes, mas também eles sem estratificação de riscos.

Assim, esses usuários são acompanhados com a mesma periodicidade. Todos eles foram encaminhados para o ambulatório de especialidade, para avaliação da cardiologia e endocrinologia. Mas, como a marcação de consulta é difícil, acabam sendo atendidos apenas pelo médico da unidade. Muitos dos exames não são realizados, porque a cota é pequena e não abrange todos os exames necessários.

É uma velha situação que começa a mudar.

Os profissionais foram capacitados sobre a nova diretriz clínica para a atenção à gestação. Conheceram a estratificação de risco em quatro níveis (risco habitual, risco médio, risco alto e risco muito alto) e já avaliaram quase todas as gestantes cadastradas na unidade: das 50 gestantes cadastradas, 43 são de risco habitual ou médio, 6 são de alto risco e apenas 1 é de muito alto risco. Como no último ano nasceram 56 crianças nas famílias da área de abrangência, os agentes comunitários de saúde foram alertados sobre a possibilidade de ainda haver alguma gestante desconhecida.

Para as crianças também já existe uma nova estratificação de risco, mas a equipe está apenas iniciando a avaliação para aplicação dos critérios: de um grupo de 10 crianças menores de um ano que participaram do grupo de puericultura, todas eram de risco habitual.

A gerente da unidade propôs um instrumento de programação da atenção às condições crônicas prioritárias e a equipe se reuniu para definir as metas de cobertura para o ano programado. Chegaram à conclusão que, sendo uma prioridade o enfrentamento da mortalidade infantil e materna, não deixariam nenhuma gestante ou criança escapar; definiram uma meta de 100% de cobertura. A situação dos hipertensos e diabéticos é diferente. Como a cobertura atual é baixa, frente ao número estimado, o consenso que se está estabelecendo é de aumentar pouco a cobertura e qualificar a atenção aos usuários já cadastrados, começando pela estratificação de risco e acompanhamento segundo a parametrização recomendada pelas diretrizes clínicas.

A programação irá orientar a organização da agenda de atendimento da equipe, assim como permitirá o dimensionamento do número de usuários a serem encaminhados para a atenção secundária especializada ou para atenção hospitalar (no caso das gestantes) ou para o apoio diagnóstico.

Espera-se que cresça o nível de satisfação dos moradores da área de abrangência.

4.5.3 TEXTO DE APOIO 5

A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS

CADASTRO FAMILIAR

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!

OUTRAS INFORMAÇÕES

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 indivíduos com diabetes		da população acima de 20 anos	0		✓	#DIV/0!
- Risco baixo		dos indivíduos com diabetes	0		✓	#DIV/0!
- Risco moderado		dos indivíduos com diabetes	0		✓	#DIV/0!
- Risco alto		dos indivíduos com diabetes	0		✓	#DIV/0!
- Risco muito alto		dos indivíduos com diabetes	0		✓	#DIV/0!

RENAL CRÔNICO

Total de indivíduos com DRC		da população acima de 20 anos	0		✓	#DIV/0!
- Risco baixo		dos indivíduos com DRC	0		✓	#DIV/0!
- Risco moderado		dos indivíduos com DRC	0		✓	#DIV/0!
- Risco alto		dos indivíduos com DRC	0		✓	#DIV/0!
- Risco muito alto		dos indivíduos com DRC	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
Estratificar o risco das gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas subsequentes.	Enfermeiro		0 gestante	0 estratificação de risco	1 ano
Entregar o Cartão da Gestante para todas as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas recebe o Cartão do Pré-Natal.	Enfermeiro		0 gestante	0 cartão distribuído	1 ano
Realizar a segunda consulta para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza a segunda consulta de pré-natal, com o médico, no primeiro mês de gestação, para: - Avaliação clínico-obstétrica; - Confirmar a idade gestacional; - Preenchimento do Cartão da Gestante; - Avaliação dos resultados de exames; - Estratificação do risco gestacional; - Avaliação do calendário vacinal; - Definição do Plano de Cuidado.	Médico		0 gestante	0 primeira consulta médica	1 ano

Realizar avaliação odontológica para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza consulta odontológica, sendo: - objetivo: avaliação odontológica e plano terapêutico; - prazo: em até 1 mês após a primeira consulta de pré-natal.	Dentista		0 gestante	0 consulta odontológica	1 ano
Realizar consultas subsequentes de pré-natal, para a gestante de risco habitual e médio risco	100% das gestantes de risco habitual e médio risco realizam consultas de pré-natal, médicas e de enfermagem alternadas, sendo no mínimo: - até 34 semanas: 1 consulta mensal (após a 1ª consulta do enfermeiro e a 2ª consulta do médico); - de 35 a 38 semanas: 1 consulta quinzenal; - a partir da 39ª semana até o nascimento: 1 consulta semanal.	Médico		0 gestante de risco habitual e médio risco	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 gestante de risco habitual e médio risco	0 consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento, complementares àquelas do serviço de referência, para todas as gestantes de alto e muito alto risco	100% das gestantes de alto risco e muito alto risco realizam consultas de pré-natal, médicas e de enfermagem alternadas, sendo no mínimo: - até 34 semanas: 1 consulta a cada 6 semanas (após a 1ª consulta do enfermeiro e a 2ª consulta do médico) para monitoramento do plano de cuidado; - de 35 a 38 semanas: 1 consulta quinzenal para monitoramento do plano de cuidado; - a partir da 39ª semana até o nascimento: 1 consulta semanal para monitoramento e avaliação de trabalho de parto. OBS: as consultas são complementares ao acompanhamento realizado no Pré-natal de Alto Risco do Centro de Atenção Secundária.	Médico		0 gestante de alto e muito alto risco	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 gestante de alto e muito alto risco	0 consulta de enfermagem	1 ano
Agendar consultas no Centro de Referência para todas as gestantes de alto e muito alto risco	100% das gestantes de alto e muito alto risco com consultas agendadas no Centro de Referência.	Médico e Enfermeiro		0 gestante de alto e muito alto	0 agendamento de consulta	1 ano
Elaborar o Plano de Cuidado para todas as gestantes acompanhadas	100% das gestantes acompanhadas realizam o Plano de Cuidado nas consultas de pré-natal. OBS: o Plano de Cuidado deve ser elaborado em todas as consultas subsequentes.	Médico e Enfermeiro		0 gestante	0 plano de cuidado	1 ano
Realizar exames complementares para todas as gestantes acompanhadas	100% das gestantes acompanhadas realizam os exames complementares, laboratoriais e de imagem, durante o pré-natal, de acordo com o protocolo.	Apoio diagnóstico		0 gestante	0 avaliação laboratorial e por imagem	1 ano

Realizar visita à maternidade de referência	100% das gestantes acompanhadas visitam a Maternidade de referência de Risco Habitual ou Alto Risco onde será realizado o parto, sendo: - prazo: início do terceiro trimestre de gestação.	Equipe		0 gestante	0 visita à maternidade	1 ano
Garantir a vacinação para todas as gestantes acompanhadas	100% das gestantes inscritas vacinadas segundo o protocolo: <u>Antitetânica ou Dupla tipo Adulto:</u> - Gestante não vacinada deve receber 3 doses, sendo: 1ª dose até o 4º mês de gestação; 2ª dose até o 6º mês de gestação e 3ª dose até o 8º mês de gestação ou na consulta puerperal; - Gestante vacinada há mais de 5 anos: dose de reforço, preferencialmente até o 4º mês de gestação; - Gestante vacinada há menos de 5 anos não precisa ser vacinada durante a gestação. <u>Antihepatite B:</u> - Gestante não vacinada ou com status vacinal desconhecido e HBs Ag negativo deve receber 3 doses, sendo: 1ª dose até o 4º mês de gestação; 2ª dose 30 dias após a primeira dose; 3ª dose 6 meses após a primeira dose; - Gestante vacinada (confirmado com cartão) ou Anti HBs positivo não precisa ser vacinada durante a gestação; <u>Antiinfluenza:</u> - Na campanha de vacinação anti-gripe.	Técnico de enfermagem		0 gestante	0 vacinação	1 ano
Realizar grupos operativos para todas as gestantes	100% das gestantes participam de grupos operativos, conduzidos por profissional de nível superior, sendo: - grupos de 20 participantes; - duração de 1 hora; - periodicidade: 2 vezes / ano; - número de encontros por grupo operativo: 4.	Enfermeiro		0 gestante	0 grupo operativo	1 ano

Acompanhamento da PUÉRPERA

Realizar visita domiciliar para identificar todas as puérperas da área de abrangência	100% das puérperas da área de abrangência recebem visita domiciliar pelo enfermeiro até 48 horas após a alta hospitalar para: - ações de educação em saúde; - agendamento da consulta puerperal; - identificação de sinais de alerta.	Enfermeiro		0 puérpera	0 visita domiciliar	1 ano
Realizar consultas puerperais para todas as puérperas identificadas	100% das puérperas realizam consulta puerperal até 42 dias após o parto, sendo: - 1 consulta médica no 5º dia de puerpério; - 1 consulta de enfermagem no 15º dia; - 1 consulta médica no 30º dia de puerpério. As consultas devem coincidir com as consultas do recém-nascido.	Médico		0 puérpera	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 puérpera	0 consulta de enfermagem	1 ano

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
Realizar a Triagem Neonatal (TNN) para todos os RN, de acordo com o protocolo.	100% dos RN realizam o Teste do Pezinho entre o 3º e 7º dia de vida.	Técnico de enfermagem		0 recém nascido	0 teste do pezinho	1 ano
Realizar a primeira consulta para todas as crianças cadastradas	100% das crianças cadastradas realizam primeira consulta de acompanhamento, para: - avaliação da história perinatal; - avaliação clínica geral; - avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor; - avaliação do resultado da TNN; - estratificação do risco; - avaliação do calendário vacinal; - preenchimento do Cartão da Criança; - definição do Plano de Cuidado.	Médico		0 criança	0 primeira consulta médica	1 ano
Estratificar o risco das crianças cadastradas	100% das crianças cadastradas realiza estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas subsequentes.	Médico		0 criança	0 estratificação de risco	1 ano

Entregar o Cartão da Criança para todas as crianças cadastradas	100% das crianças cadastradas recebem o Cartão da Criança.	Enfermeiro	0	criança	0	cartão distribuído	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida para todas as crianças de risco habitual e médio risco	100% das crianças de risco habitual e médio risco cadastradas realizam consultas subsequentes no primeiro ano de vida, sendo: - 4 consultas médicas; - 5 consultas de enfermagem.	Médico	0	criança de risco habitual e médio risco	0	consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	0	criança de risco habitual e médio risco	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida, complementares àquelas do serviço de referência, para todas as crianças alto risco e muito alto risco	100% das crianças de risco alto e muito alto cadastradas realizam 14 consultas subsequentes no primeiro ano de vida, sendo: - 5 consultas médicas; - 6 consultas de enfermagem. OBS: as consultas são complementares ao acompanhamento realizado no Centro de Atenção Secundária.	Médico	0	criança de alto risco	0	consulta médica	1 ano
		Enfermeiro	0	criança de alto risco	0	consulta de enfermagem	1 ano
Agendar consultas no Centro de Referência para todas as crianças de alto risco e muito alto risco	100% das crianças de alto risco e muito alto risco com consultas agendadas no Centro de Referência.	Enfermeiro	0	criança de alto risco	0	agendamento de consulta	1 ano
Realizar avaliação odontológica para as crianças cadastradas	100% das crianças cadastradas realiza consulta odontológica, sendo: - 1 consulta no 2º, 6º e 12º mês de vida.	Dentista	0	criança	0	consulta odontológica	1 ano
Elaborar o Plano de Cuidado para todas as crianças acompanhadas	100% das crianças acompanhadas realizam o Plano de Cuidado nas consultas de pré-natal. OBS: o Plano de Cuidado deve ser elaborado em todas as consultas subsequentes.	Médico e Enfermeiro	0	criança	0	plano de cuidado	1 ano
Garantir a vacinação conforme o preconizado no Calendário Estadual de Vacinação	100% das crianças menores de 1 ano inscritas na puericultura são vacinadas conforme o calendário vacinal vigente. Cada criança receberá 12 aplicações.	Técnico de enfermagem	0	criança	0	vacinação	1 ano
Realizar grupos operativos de apoio ao cuidado da criança	Responsáveis ou cuidadores de 100% das crianças participam de grupos operativos, conduzidos por profissional de nível superior, sendo: - grupos de 20 participantes; - duração de 1 hora; - periodicidade: 1 ciclo de 4 encontros / ano.	Enfermeiro	0	criança	0	grupo operativo	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
Estratificar o risco dos hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam estratificação de risco na primeira consulta, ou assim que tecnicamente possível. OBS: a estratificação de risco deve ser revisada nas consultas subsequentes, sempre que pertinente.	Médico		0 hipertenso	0 estratificação de risco	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco baixo cadastrados	100% dos hipertensos de risco baixo cadastrados realizam 4 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem. OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Médico		0 hipertenso de risco baixo	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 hipertenso de risco baixo	0 consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco moderado cadastrados	100% dos hipertensos de risco moderado cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 3 consultas de enfermagem. OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Médico		0 hipertenso de risco moderado	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 hipertenso de risco moderado	0 consulta de enfermagem	1 ano

Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco alto cadastrados	100% dos hipertensos de risco alto cadastrados realizam 5 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem.	Médico		0	hipertenso de risco alto	0	consulta médica	1 ano
	OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Enfermeiro		0	hipertenso de risco alto	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de muito alto cadastrados	100% dos hipertensos de risco muito alto cadastrados realizam 5 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem.	Médico		0	hipertenso de risco muito alto	0	consulta médica	1 ano
	OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Enfermeiro		0	hipertenso de risco muito alto	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar grupos operativos para todos os hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos participam de grupos operativos: - conduzido preferencialmente por profissionais de nível superior; podendo ser também um técnico de enfermagem ou ACS capacitados; - participantes: 20 hipertensos; - duração: 1 hora. Periodicidade: - risco baixo: 2 ciclos por ano (8 encontros); - risco moderado: 3 ciclos por ano (12 encontros); - risco alto: 3 ciclos por ano (12 encontros); - risco muito alto: 4 ciclos por ano (16 encontros).	Enfermeiro		0	hipertenso de risco baixo	0	grupo operativo	1 ano
				0	hipertenso de risco moderado	0	grupo operativo	1 ano
				0	hipertenso de risco alto	0	grupo operativo	1 ano
				0	hipertenso de risco muito alto	0	grupo operativo	1 ano
Agendar consultas no Centro de Atenção Secundária - Centro Hiperdia Minas - para todos os hipertensos de risco alto e muito alto	100% dos hipertensos de risco alto e muito alto com consultas agendadas no Centro de Atenção Secundária.	Enfermeiro		0	hipertenso de risco alto e muito alto	0	agendamento de consulta	1 ano
Elaborar e acompanhar Plano de Cuidados definido pela própria APS e/ou pelo Centro de Atenção Secundária	100% dos hipertensos acompanhados de acordo com as metas definidas no Plano de Cuidados. OBS: o Plano de Cuidado deve ser revisto em todas as consultas subsequentes.	Médico e Enfermeiro		0	hipertenso	0	plano de cuidado	1 ano

Acompanhamento do usuário com DIABETES MELLITUS

Identificar e cadastrar os diabéticos da área de abrangência	100% dos diabéticos da área de abrangência cadastrados na UBS.	ACS		0	diabético	0	cadastro	1 ano
Realizar a primeira consulta médica para os diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos cadastrados realizam primeira consulta médica para: - avaliação clínica; - estratificação de risco; - elaboração do plano de cuidado.	Médico		0	diabético	0	primeira consulta médica	1 ano
Estratificar o risco dos diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos cadastrados realizam estratificação de risco na primeira consulta, ou assim que tecnicamente possível. OBS: a estratificação de risco deve ser revisada nas consultas subsequentes, sempre que pertinente.	Médico		0	diabético	0	estratificação de risco	1 ano
Realizar avaliação odontológica para os diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos cadastrados realiza consulta odontológica para avaliação e plano terapêutico.	Dentista		0	diabético	0	consulta odontológica	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de risco baixo cadastrados	100% dos diabéticos com risco baixo cadastrados realizam 4 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem. OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Médico		0	diabético de risco baixo	0	consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0	diabético de risco baixo	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos com risco moderado cadastrados	100% dos diabéticos com risco moderado cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 3 consultas de enfermagem. OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Médico		0	diabético de risco moderado	0	consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0	diabético de risco moderado	0	consulta de enfermagem	1 ano

Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos com risco alto cadastrados	100% dos diabéticos com risco alto cadastrados realizam 5 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem.	Médico		0	diabético de risco alto	0	consulta médica	1 ano
	OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Enfermeiro		0	diabético de risco alto	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos com muito alto cadastrados	100% dos diabéticos com risco muito alto cadastrados realizam 5 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo: - 3 consultas médicas (após a 1ª consulta); - 2 consultas de enfermagem.	Médico		0	diabético de risco muito alto	0	consulta médica	1 ano
	OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Enfermeiro		0	diabético de risco muito alto	0	consulta de enfermagem	1 ano
Realizar avaliação do pé diabético para os diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos cadastrados realiza avaliação do pé diabético: - objetivo: avaliação, estadiamento e elaboração do plano de cuidado; - frequência da avaliação: 1 vez por ano; - frequência do acompanhamento: de acordo com o plano de cuidado.	Enfermeiro		0	diabético	0	avaliação do pé diabético	1 ano
Realizar grupos operativos para todos os diabéticos cadastrados	100% dos hipertensos participam de grupos operativos: - conduzido preferencialmente por profissionais de nível superior; podendo ser também um técnico de enfermagem ou ACS capacitados; - participantes: 20 hipertensos; - duração: 1 hora. Periodicidade: - risco baixo: 2 ciclos por ano (8 encontros); - risco moderado: 3 ciclos por ano (12 encontros); - risco alto: 3 ciclos por ano (12 encontros); - risco muito alto: 4 ciclos por ano (16 encontros).	Enfermeiro		0	diabético de risco baixo	0	grupo operativo	1 ano
				0	diabético de risco moderado	0	grupo operativo	1 ano
				0	diabético de risco alto	0	grupo operativo	1 ano
				0	diabético de risco muito alto	0	grupo operativo	1 ano

Agendar consultas no Centro de Atenção Secundária - Centro Hiperdia Minas - para todos os diabéticos de risco alto ou muito alto	100% dos diabéticos de risco alto ou muito alto com consultas agendadas no Centro de Atenção Secundária.	Enfermeiro		0 diabético de risco alto e muito alto	0 agendamento de consulta	1 ano
Elaborar e acompanhar Plano de Cuidados definido pela própria APS e/ou pelo Centro de Atenção Secundária	100% dos diabéticos acompanhados de acordo com as metas definidas no Plano de Cuidados. OBS: o Plano de Cuidado deve ser revisto em todas as consultas subsequentes.	Médico e Enfermeiro		0 diabético	0 plano de cuidado	1 ano

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	
GESTANTE									
Geral	0		0				0	0	0
Risco Habitual e Médio		0		0					0
Alto e Muito Alto Risco		0		0					0
Subtotal - G	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PUÉRPERA									
Geral	0		0			0			0
Subtotal - P	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇA									
Primeiro ano de vida									
Geral	0						0	0	0
Risco Habitual e Médio Risco		0		0					0
Risco Alto e Muito Alto		0		0					0
Segundo ano de vida									
Geral	0						0	0	0
Risco Habitual e Médio Risco		0		0					0
Risco Alto e Muito Alto		0		0					0
Subtotal - C	0	0	0	0	0	0	0	0	0

HIPERTENSO

Geral	0							0
Risco Baixo		0		0			0	0
Risco Moderado		0		0			0	0
Risco Alto		0		0			0	0
Risco Muito Alto		0		0			0	0
Subtotal - H	0	0	0	0	0	0	0	0

DIABÉTICO

Geral	0				0			0	0
Risco Baixo		0		0			0		0
Risco Moderado		0		0			0		0
Risco Alto		0		0			0		0
Risco Muito Alto		0		0			0		0
Subtotal - D1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ajuste de superposição ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal - D2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL - ANO (G+P+C+H+D2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⁽¹⁾ Atividades relativas aos 40% de diabéticos hipertensos.

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	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 ⁽²⁾			0,0			0,0	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!

⁽²⁾ Foi calculada apenas o atendimento às condições crônicas prioritárias.

4.6 PLENÁRIO: ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE DISPERSÃO

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

4.6.1 ALINHAMENTO CONCEITUAL:

- Organizar com os gerentes das UAPS's um momento de discussão com as equipes dos principais conceitos sobre o modelo de atenção às condições crônicas.

4.6.2 PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO:

- Organizar 1 ou 2 reuniões com as equipes para elaboração da programação da atenção, seguindo as etapas definidas pela planilha de programação:
 - o registro na planilha da população cadastrada;
 - a análise da atenção à população alvo: o dimensionamento da população alvo estimada, o registro da população atualmente atendida pela equipe e a análise da cobertura de atendimento;
 - a definição de novas metas de cobertura para o prazo de 1 ano;
 - o registro dos parâmetros de atendimento e da carga horária dos profissionais disponível;
 - a análise da carga horária no atendimento semanal.

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