

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PRISCILA FERREIRA CUNHA

**IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AOS
PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DOS RESIDENTES NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA UNIVERSAL, NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

2014

PRISCILA FERREIRA CUNHA

**IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AOS
PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DOS RESIDENTES NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA UNIVERSAL, NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE– MINAS GERAIS

2014

PRISCILA FERREIRA CUNHA

**IMPLANTAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AOS
PORTADORES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS DOS RESIDENTES NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA UNIVERSAL, NO MUNICÍPIO DE BETIM/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Examinador 2: Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte: 07 de Março de 2015

RESUMO

O município de Betim se localiza na região metropolitana de Belo Horizonte. Possui uma população predominantemente urbana com maioria alfabetizada. O perfil de morbimortalidade do município apresenta a mescla de causas externas e condições crônicas, com predomínio das condições crônicas. Apesar do grande impacto sobre a saúde da população, o município não dispõe de planejamento específico para o manejo dos pacientes portadores de condições crônicas. Este trabalho representa um projeto de intervenção que visa implantar a Estratificação de Risco aos usuários portadores de condições crônicas de saúde adscritos à Unidade Básica de Saúde Universal localizada no município de Betim, Minas Gerais. O trabalho em questão se justifica pela magnitude e relevante expressão social que as condições crônicas de saúde assumem no cenário assistencial brasileiro e por terem estas condições uma abordagem não eficaz e pouco resolutiva por parte dos profissionais de saúde diretamente ligados à assistência. O objetivo deste trabalho é implantar a Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas vinculados à Unidade Básica de Saúde Universal e apresenta como metodologia a elaboração de um projeto de intervenção embasado em referenciais teóricos ligados à temática. Conclui-se que as condições crônicas de saúde representam um grande impacto na saúde dos brasileiros e que o atual sistema de saúde adotado não apresenta uma abordagem compatível e resolutiva as demandas assistenciais.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Doença Crônica. Planejamento em saúde.

Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Betim city is located in the metropolitan region of Belo Horizonte. Its population is predominantly urban, most literate. County's morbidity and mortality profile shows the mix of external causes and chronic conditions, with a predominance of chronic conditions. Despite the major impact on the health of the population, the city has no specific plan for the management of patients with chronic conditions. This paper consists in an intervention project, aimed at implementing risk assessment of patients with chronic health conditions, among those registered at the Basic Universal Health Unit located in the city of Betim, in the State of Minas Gerais. The proposed project is necessary due to the relevant social issue that chronic health conditions constitutes in the Brazilian public health scenario. Those conditions are often addressed ineffectively by health professionals. The purpose of this study is to fulfill the risk assessment of the patients with chronic health conditions registered at the Basic Universal Health Unit. The methodology proposed comprise the development of an intervention project grounded on theoretical references related to the matter. The conclusion is that chronic health conditions are a major issue for the health of Brazilians and that the current health care system does not provide a problem-solving approach to the welfare demands

Key words: Family Health Strategy. Chronic Disease. Health Planning. Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
BDENF	Banco de Dados de Enfermagem
BVSMS	Biblioteca Virtual em Saúde- Ministério da Saúde
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESPMG	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
PSF	Programa Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	08
2) JUSTIFICATIVA.....	14
3) OBJETIVOS.....	15
3.1) Objetivo Geral.....	15
3.2) Objetivo Específico.....	15
4) METODOLOGIA.....	16
5) REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
6) PLANO DE AÇÃO.....	20
7) CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O município de Betim está localizado no Estado de Minas Gerais, mais precisamente na mesorregião metropolitana de Belo Horizonte e possui como municípios limítrofes Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, São Joaquim de Bicas e Sarzedo.

A história do município teve início no século XVIII, quando o Brasil colônia vivia a "era do ouro", marcada pelas excursões dos bandeirantes e colonizadores em busca de riquezas. Por volta de 1710, Joseph Rodrigues Betim se domiciliou nas terras do atual município à procura de ouro. Tempos depois, tais terras foram concedidas à Betim com objetivo de produção agrícola. Subsequentemente, originou-se nesta localidade o Arraial de Capela Nova de Betim, elevado a distrito em 1801 e a município em 1938. (BETIM, 2014)

Desde então, Betim vivencia constante evolução e, atualmente, possui 406.474 habitantes, com discreto predomínio de população feminina que perfaz 50,71% do total, enquanto a masculina representa 49,29%. A quase totalidade da população betinense reside em área urbana, atingindo 99,27% do total.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,749, ocupando o 43º no ranking de Minas Gerais. Em relação a saneamento básico, 98,27% dos domicílios são abastecidos por água tratada e 78,28% dispõem de rede de esgoto e a densidade demográfica é de 1.102,80 hab./ km² e do total dos habitantes de Betim, 17,41% estão classificados na linha da pobreza, com renda per capita entre R\$70,00 e R\$140,00 e 7,93% estão abaixo da linha da pobreza e tem renda per capita inferior a R\$70,00. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2014).

Em relação ao sistema educacional, o município de Betim apresenta 326.536 habitantes alfabetizados e em 2011 o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 5,4 do 1º ao 5º ano, sendo a nota média no Brasil 5,0 para a mesma fase escolar. (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2014)

O perfil de mortalidade do município de Betim segue a linha nacional de tripla carga de doenças, com predomínio de doenças crônicas e causas externas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2014). Tais informações estão resumidas na tabela 1 e referem-se ao ano de 2012, dados mais recentes disponíveis.

Tabela 1- perfil dos óbitos no município de Betim no ano de 2012

Óbitos por doenças do aparelho circulatório	74
Óbitos por doenças do aparelho digestivo	47
Óbitos por doenças do aparelho geniturinário	23
Óbitos por doenças do aparelho respiratório	64
Óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6
Óbitos por doenças osteomuscular e do tecido conjuntivo	4
Óbitos por doenças da pele e do tecido subcutâneo	11
Óbitos por doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunológicos	2
Óbitos por doenças do sistema nervoso	5
Óbitos por doenças infecciosas e parasitárias	123
Óbitos por Lesões, envenenamentos e causas externas	46
Óbitos por neoplasias e tumores	16
Óbitos por sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	18
Óbitos por transtornos mentais e comportamentais	1
Óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade	Não informado
Óbitos por contatos com serviços de saúde	Não informado
Óbitos por doenças dos olhos e anexos	Não informado
Óbitos por gravidez, parto e puerpério	Não informado
Óbitos por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Não informado
Total	464

FONTE: IBGE, 2014

O sistema de saúde em Betim é estruturado com foco na atenção básica tendo iniciado seu processo de municipalização em 1992, quando houve o repasse da gestão de quatro unidades de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES) para o município. Em 1994 foi inaugurada a primeira Unidade Básica de Saúde nos moldes do Programa Saúde da Família. Atualmente, Betim conta com oito Unidades Básicas de Saúde da Família e 18 Unidades Básicas de Saúde sendo que para completar e promover os princípios dos Sistema Único de Saúde (SUS), além da atenção primária, o município dispõe de rede de atenção secundária e terciária através de quatro unidades de atendimento imediato (UAI), um centro de referência em especialidades médicas, um centro de referência em saúde do trabalhador, um centro de especialidades odontológicas com laboratório regional de prótese, um centro de controle de zoonoses, um centro de referência em DST/AIDS, um centro de referência em reabilitação, três centros de referência em saúde mental, um centro de referência em saúde mental infantil, Hospital Público Regional Professor Osvaldo Franco, Maternidade Pública Municipal Haydée Espejo Conroy e Hospital Público Municipal José Sabino Neto.

Inserida neste contexto encontra-se a Unidade Básica de Saúde da Família Universal (UBSF Universal), que atende aos bairros Granja Verde e Universal. A unidade é composta por duas equipes do Programa Saúde da Família que atendem pelos mesmos nomes dos bairros, e os recursos humanos são compostos por dois médicos generalistas onde um deles cumpre 32 horas de trabalho por semana e é integrante do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), selecionado por meio do edital 1/2014 publicado em 07 de janeiro no Diário Oficial da União (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2014) com validade de 06/03/2014 a 06/03/2015. Já o segundo integrante trabalha em regime de contrato onde cumpre 40 horas semanais. Além disso, a unidade conta com mais dois médicos de apoio, sendo um ginecologista e o outro pediatra, cada um cumprindo carga horária de 20 horas semanais, dois enfermeiros de equipes de saúde da família que trabalham entre 20 e 40 horas por semana, um enfermeiro de apoio, um técnico de enfermagem do PSF, três técnicos de enfermagem de apoio, oito agentes comunitários de saúde e, nesse caso, que são insuficientes para o trabalho da unidade, pois a equipe encontra-se fragmentada com a defasagem de seis agentes comunitários de saúde, duas recepcionistas, dois auxiliares administrativos, dois auxiliares de farmácia, um farmacêutico, um estagiário de farmácia, um gerente e dois auxiliares de serviços gerais, todos cumprindo carga horária entre 20 e 40 horas semanais.

A estrutura física da UBSF Universal conta com: dois consultórios médicos destinados aos generalistas, um consultório compartilhado pelos médicos de apoio

(ginecologia e pediatria), dois consultórios de enfermagem, uma pequena sala de curativos, uma recepção, uma sala para observação, uma sala para aferição de dados vitais, uma sala para o administrativo, um almoxarifado, uma copa/cozinha. Fora da unidade há um pequeno anexo destinado a expurgo e banheiros para usuários.

A UBSF Universal oferece aos seus usuários atendimentos básicos de saúde direcionados a ações de promoção da saúde e prevenção a doenças, assim como atendimento de demandas agudas de baixa complexidade. As atividades realizadas podem ser resumidas em atendimento ao ciclo de vida com consulta de pré natal, puericultura, saúde do adulto e do idoso. Além disso, são promovidas atividades educativas nos grupos de planejamento familiar, Grupo de Hipertensos e Diabéticos, Grupo de Asma, visitas domiciliares, dentre outras.

Especificamente abordando as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a unidade atende tanto a demanda espontânea quanto a demanda planejada. A demanda planejada é efetuada através do agendamento de consultas clínicas e solicitação de retorno periódico conforme a complexidade. A demanda espontânea é absorvida pelo processo de acolhimento e triagem priorizando o atendimento imediato dos casos clínicos agudos e agendamento dos não agudos. Este método assistencial se mostra pouco eficiente, uma vez que não aborda igualmente todos os usuários e por não haver um protocolo de estratificação que embase o tempo de retorno a ser solicitado.

Além do atendimento básico, acima relatado, a UBSF Universal conta com apoio odontológico localizado em outra unidade de saúde, já o serviço de apoio secundário é feito através da referência para o centro de especialidades médicas e para o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP); com fluxo de urgência e emergência através do encaminhamento responsável para Unidades de Atendimento Imediato e suporte de transporte (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou o Transporte Sanitário e com apoio laboratorial e de imagens).

A população adscrita à UBSF Universal tem fácil acesso, não enfrentando barreiras geográfica e barreiras de acesso. Os usuários são acolhidos em sua demanda, sendo a demanda espontânea de grande expressão. A relação entre equipe e usuário é harmônica, com bastante dialogo e mediação dos possíveis conflitos e, em raras ocasiões, há o enfrentamento de desentendimentos.

Segundo dados do consolidado da UBSF obtido para a construção do diagnóstico situacional, a comunidade atendida pela UBSF universal apresenta, em média, 9000 usuários

cadastrados e tem como característica de morbidade e mortalidade marcantes a prevalência de condições crônicas patológicas, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e doenças respiratórias. Notável também é a alta prevalência de transtornos mentais da ordem das neuroses e psicoses, para as quais nenhuma dessas condições crônicas recebe seguimento guiado por protocolos e não há estratificação de risco.

Deste modo, a realização do diagnóstico situacional se mostra de grande importância por ser, segundo Rezende, *et al* (2010):

[...]uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde. Portanto, o diagnóstico situacional é de fundamental importância para o levantamento de problemas que, por sua vez, fundamenta o planejamento estratégico situacional que permite desenvolver ações de saúde mais focais efetivas em relação aos problemas encontrados. (REZENDE; *et al*, 2010, p.12)

Valendo-se do conceito acima exposto, a UBSF Universal apresenta alguns dificultadores no processo de trabalho como, por exemplo, equipe que vem funcionando com quadro de recursos humanos incompleto, especificamente com falta de técnicos de enfermagem e de agentes comunitários de saúde que afeta diretamente o exercício do trabalho da equipe, uma vez que a ligação feita entre o usuário e equipe de saúde da família fica prejudicada pela ausência deste profissional. Outro fator é a estrutura física inadequada da unidade, pois a falta de espaço para as diversas atividades diárias torna o ambiente carregado, com atendimentos em espaços inadequados a integridade física e emocional do usuário e do profissional de saúde; e, por fim, a falta de estratificação de risco que possibilite a abordagem mais adequada aos usuários que buscam a unidade, principalmente os portadores de condições crônicas de saúde. Já o fator facilitador do processo de trabalho é bem representado pela boa organização em equipe, a boa relação interpessoal da equipe multiprofissional, bom diálogo levando a um ambiente colaborativo e resolutivo, apesar das limitações encontradas nos pontos dificultadores.

Dentre os dificultadores levantados, o que apresentou maior relevância para os profissionais de saúde da UBSF Universal foi a Falta da Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas. A falta da estratificação representa um problema por ocasionar uma assistência divergente da atual característica epidemiológica brasileira, que é a elevação do percentil de portadores de condições crônicas e, por consequência, uma prática assistencial incompatível com as necessidades reais que esta condição apresenta, tais como: a necessidade de abordagem integral do indivíduo, do seu ciclo familiar e comunitário; a necessidade de ações de prevenção e promoção da saúde por meio de processos educacionais

e incentivo ao auto- cuidado; intervenção precoce no período de descompensação da condição de saúde, dentre outros. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007; BRASIL, 2013)

Em uma análise mais minuciosa realizada pelos profissionais de saúde da UBSF Universal, identificou-se alguns nós críticos a este problema, sendo entendido nó crítico como, segundo CAMPOS, *et al* (2010),

“Um tipo de causa de um problema que, quando "atacada", é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O "nó crítico" traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65)

Assim, os nós críticos encontrados são: O baixo conhecimento da equipe acerca dos conceitos condição aguda e condição crônica; O baixo conhecimento da equipe acerca do modelo assistencial mais eficaz as condições crônicas; A não estratificação de risco dos portadores de condições crônicas da unidade e a falta de uma linha guia/ protocolo de Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas. Os nós críticos aqui elencados, em sua maioria, apresentam por parte da equipe de saúde envolvida uma grande governabilidade, sendo governabilidade a capacidade de gestão do problema e do plano de ação destinado a sua resolutividade incluindo condições favoráveis de recursos. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS.2007). A exceção a esta característica está no nó crítico referente a elaboração de uma linha guia ou protocolo, pois para a concretização deste é imprescindível o envolvimento de sujeitos e recursos que estão fora da capacidade de gestão dos sujeitos (profissionais de saúde) envolvidos.

Ao longo deste trabalho cada nó crítico será individualmente abordado possibilitando uma maior compreensão do problema tido como prioritário e por consequência uma melhor abordagem e resolutividade do problema levantado.

2 JUSTIFICATIVA

Devido ao grande número de indivíduos portadores de condições crônicas que não são devidamente acompanhados pela UBSF Universal e pela magnitude e impacto que a prevalência e o manejo inadequado acarretam aos anos de vida dos indivíduos que a portam, será proposta esta intervenção.

A relevância deste estudo tem como justificativa o fato de as condições crônicas não-transmissíveis serem hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. O índice de morte chega a ser de quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições. Pode-se assim dizer que em todos os países do mundo elas constituem o principal problema de saúde pública, seja para homens ou para mulheres e, melhor dizendo, um grave problema para todos os sistemas de saúde pública. (GOULART, 2011)

Desta forma, as condições crônicas necessitam de uma abordagem diferenciada, devido a sua alarmante prevalência em território brasileiro (representam cerca de 66% da carga de doenças), por acarretarem um grande impacto de produtividade no trabalho e pelo seu alto custo aos cofres públicos.

A população atendida pela UBSF Universal não diferencia da prevalência brasileira e mundial em relação as condições crônicas. Na unidade de saúde em questão prevalecem os portadores de hipertensão arterial e diabetes, sem esquecer as gestantes e crianças com menos de um ano que, igualmente, se enquadram no atual conceito de condições crônicas.

Pelas razões e considerações acima expostos justifica-se a realização deste estudo, com intuito de propor e implantar ações que possam melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família que compõem a UBSF Universal e o manejo adequado e coerente destas condições de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Implantar o sistema de estratificação de Risco das condições crônicas de saúde na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Universal, no município de Betim/MG.

3.2 Objetivo específico

- Definir os conceitos de condições agudas e de condições crônicas da saúde
- Definir o processo de Estratificação de Risco.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracterizou como um projeto de intervenção que teve como objetivo implantar um projeto de Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas entre os residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Universal, no município de Betim/MG.

Para realizar este trabalho, foram feitos levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, site eletrônico do DATASUS, dentre outros, assim como foi realizada uma busca sistematizada na literatura utilizando sites de busca, tais como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde-Ministério da Saúde (BVSMS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde, dentre outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Doença Crônica, Promoção da Saúde, Estratégia Saúde da Família e Planejamento em Saúde. O período de busca focou publicações entre 1990 e 2015, exceto publicações de caráter legislativo e normativo. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho foi construído tendo como passos: a seleção e análise de publicações pertinentes à temática; estratificação das condições crônicas utilizando o modelo proposto pelo renomado e bem conceituado Professor Doutor Eugenio Vilaça Mendes, além dos passos para elaboração de um Planejamento Estratégico Situacional descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais, que será detalhado no item Plano de Ação.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A situação de saúde no Brasil e em muitos outros países passa pelo processo denominado de transição epidemiológica, que pode ser compreendida como as diversas mudanças que ocorrem nos padrões de morte e morbidade de uma determinada população associada a mudanças nos padrões demográficos, sociais e econômicos. A transição epidemiológica, assim definida, é parte integrante de um conceito muito mais abrangente denominado de transição de saúde. Esta, por sua vez, inclui em sua constituição elementos da concepção e do comportamento sociais relacionados a saúde das populações. (SCHRAMM *et al.*, 2004)

Dentro deste contexto, o Brasil vivencia uma situação de saúde que mescla a transição demográfica acelerada com a transição epidemiológica expressa por uma tripla carga de doenças, que pode ser entendida como a presença simultânea das doenças infecciosas e carenciais com significativa presença das causas externas e o aumento e hegemonia das doenças crônicas. (FONSECA, 2007)

Esta característica de tripla carga de doenças coloca o Brasil em um colapso assistencial, pois o sistema de saúde brasileiro apresenta um desencontro representado por um modelo de saúde direcionado as condições agudas e ao processo de agudização das condições crônicas em detrimento a esta crescente prevalência das condições crônica, que estão desassistidas, pois para que tais características sejam atendidas são necessários que os serviços de saúde estabeleçam vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e implementem ações quem garantam a longitudinalidade. (SILVA, 2011)

Por condição de saúde entende-se como sendo, conforme expresso por MENDES (2012),

“As circunstancias nas saúdes das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias”. (MENDES, 2012, p.31)

Assim, condições de saúde não englobam apenas o “estar doente”, mas também o “estar saudável” por apresentarem a necessidade de cuidado e atenção a estados fisiológicos que não são patológicos, como o acompanhamento de crianças, gestantes e idosos, mas que querem responsabilidades dos sistemas de saúde por representarem fases do ciclo de vida de maior vulnerabilidade. (GOULART,2011)

Para melhor compreensão conceitual e da proposta deste trabalho é preciso entender a diferença existente entre as condições de saúde agudas e crônicas.

Por condições de saúde agudas entendem-se aquelas que produzem sinais e sintomas logo após a exposição à causa, de curso rápido com até 3 meses de duração, causas simples e fácil diagnóstico, a partir da qual há normalmente total recuperação ou um fim abrupto em morte. As condições de saúde crônicas, por sua vez, são compreendidas como a mudança permanente, que se prolonga no decorrer da vida, duração longa normalmente superior a três meses, produz sinais e sintomas de início e evolução lentos, multicausal, evolução com padrão irregular e imprevisível num período variável de tempo, havendo apenas recuperação parcial sendo o tratamento direcionado ao controle das manifestações dos sintomas. Cabe aqui reforçar que o conceito de condição crônica não está somente ligado a presença de doença, há também o processo de condição crônica fisiológica que engloba as crianças (através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) e as gestantes. (FREITAS, 1999)

Ainda tratando das condições crônicas de saúde, estas são hoje responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica, sendo em 2008 responsável por 36 milhões de mortes, ou seja, 63% do total global de óbitos. Estas condições ainda podem impactar a economia por meio de seus efeitos não só sobre o consumo e a poupança (formação de capital) familiar, a produtividade e a oferta de trabalho, como também na educação dos indivíduos levando ao agravamento da pobreza por acarretarem gastos prolongados que aprisionam os lares mais pobres em ciclos de endividamento e doença. (GOULART, 2011)

Deste modo, as características acima demonstram que o impacto e magnitude social e biológica das condições crônicas expressam maior significância e vigilância que as das condições agudas, e, assim sendo, necessitam de uma nova abordagem que seja integral e interativa, não fragmentada. Faz-se necessário, portanto, uma nova forma de se realizar as ações de saúde que englobe e aborde estes três vértices assistenciais presentes na característica epidemiológica de tripla carga de doença de forma equânime e respeitando as particularidades de cada população. Diante da ineficaz abordagem das condições de saúde, principalmente das condições crônicas, nas últimas décadas busca-se um novo enfoque para reestruturação assistencial. (MENDES, 2012)

Um novo enfoque atualmente empregado e que vem demonstrando resultados positivos é o processo de Classificação de Risco empregado nas Urgências e Emergências Clínicas. A Classificação de Risco é um processo dinâmico que visa identificar os pacientes que buscam por atendimento na unidade e que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o

potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, assim sendo, pode também ser designado como uma ferramenta de manejo clínico de risco. (BRASIL,2004)

Neste processo de Classificação de Risco ganha destaque o Sistema de Manchester, que foi criado em 1994, na Cidade Inglesa de Manchester. Este sistema estabelece um consenso entre profissionais de saúde para a criação de fluxos padronizados de classificação de Risco quando a necessidade assistencial excede a capacidade de atendimento ofertada. (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010)

Seguindo a linha de raciocínio acima explicitada- classificação conforme potencial de risco- surge a Estratificação de Risco, um processo por meio do qual se identificam os grupos ou estratos de risco relacionados a uma determinada condição de saúde, prioritariamente a condição crônica, considerando a severidade da condição e a capacidade de auto cuidado. (MANAUS,2013)

Para a Estratificação de Risco as pessoas com condições crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS), melhor representada pela Estratégia de Saúde da Família, que é a principal estratégia de organização e expansão da ABS, tem caráter fundamental por ser o ponto de atenção com maior potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede e por ser o responsável por realizar as ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população. (BRASIL,2013)

A UBSF Universal ainda não inseriu em sua prática assistencial o processo de Estratificação de Risco aos Portadores de Condições Crônicas. A ausência deste processo de Estratificação gera na unidade de Saúde um ambiente desfavorável ao adequado manejo clínico intervindo assim de forma fragmentada e pouco resolutiva diante das condições crônicas e gerando também uma demanda reprimida pela incapacidade de absorção assistencial.

6 PLANO DE AÇÃO

Problema pode ser definido como uma questão ou situação em que a resposta é desconhecida e cuja tal resposta precisa se conhecer; é um obstáculo que é necessário transpor. Em outras palavras, problema é a disparidade existente entre a situação vivenciada e a situação desejada. Desta maneira, a identificação e priorização de problemas é um importante passo para a construção de um plano de ação/intervenção seja em nosso local de trabalho ou em qualquer outro ponto de nossa vida. (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS, 2007)

A UBSF Universal, assim como toda e qualquer instituição de trabalho, sejam elas públicas ou privadas, apresenta inúmeros problemas que interferem diretamente na harmonia do ambiente e na prática assistencial, pois o conjunto dos serviços de saúde, com raras exceções, não são adequados para resolver os problemas de saúde, tanto sob o aspecto individual quanto no aspecto coletivo. (MERHY, 1998)

Diante dos dados obtidos no diagnóstico situacional foi realizado na unidade básica de saúde o levantamento dos problemas mais relevantes e, posteriormente, realizada a priorização destes problemas utilizando os critérios pontuados na tabela 2.

O problema prioritário eleito para propor esta intervenção foi: “A falta de estratificação de risco dos portadores de condições crônicas de saúde e os nós críticos a este problema são: 1) O pouco conhecimento da equipe acerca da condição de transição epidemiológica; 2) A falta de conhecimento da equipe acerca do modelo assistencial mais eficaz diante das condições crônicas; 3) A falta de uma linha guia/ protocolo que oriente a implantação e a realização deste modelo assistencial que melhor englobe as condições crônicas; 4) A não estratificação de risco dos portadores de condições crônicas da unidade. Tais nós críticos serão detalhadamente abordados a seguir:

a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências) → problema pode ser compreendido como uma questão cuja a resposta se desconhece e se necessita conhecer, pode ser um obstáculo que é necessário transpor, uma dificuldade a ser superada.

O problema identificado como prioritário: “A falta de Estratificação de Risco (ER) aos portadores de condições crônicas”, pode ser definido como um Problema Estruturado uma vez que os nós críticos que o compõem e as relações entre estes nós críticos são suficientemente

conhecidos e as soluções para enfrentá-los são consensuais a todos. Pode também ser definido como um Problema Final (ou terminal) porque este problema é vivido tanto pelos profissionais como pelos usuários. (CAMPOS,2014)

b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);

TABELA 2- Planilha de Priorização e Seleção de Problemas				
Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Total
Estrutura Física Inadequada	2	2	0	4
Recursos Humanos Insuficientes	3	3	0	6
Falta de Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas	3	3	2	8
Baixa Adesão ao Exame Citopatológico	3	3	1	7

A Priorização de problemas, é realizada considerando os três critérios a seguir: 1) Importância do Problema, 2) Urgência do Problema e 3) Capacidade do Grupo para enfrentá-lo. Cada um dos critérios é avaliado considerando a seguinte pontuação:

Para Importância e Urgência:

- Pouca → 1 ponto

- Média → 2 pontos
- Muita → 3 pontos

Para Capacidade de enfrentamento do Problema

- Não tem capacidade → 0 pontos
- Capacidade parcial → 1
- Capacidade total → 2

A seleção do (s) problema (s) é feita pela análise dos pontos obtidos, sendo o de maior prioridade aquele com maior pontuação

c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);

TABELA 3- Descritores do problema Falta de Estratificação de Risco aos portadores de condições Crônicas adscritos a UBSF Universal		
População Estimada de indivíduos adultos (> 25anos) - 7856 indivíduos		
Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	2500	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	968	SIAB
Hipertensos acompanhados	837	Registro da equipe
Hipertensos controlados	334	Registro da equipe
Diabéticos esperados	560	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados	220	SIAB
Diabéticos acompanhados	119	Registro da equipe
Diabéticos controlados	99	Registro da equipe
Criança < 1 ano cadastradas	82	Registro da Equipe
Criança >1ano <2anos cadastradas	61	Registro da Equipe
Criança <2 anos cadastradas	147	Registro da Equipe
Gestantes cadastradas	28	Registro da Equipe

d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

- Problema a ser enfrentado: A falta de Estratificação de Risco (ER) aos portadores de condições crônicas sob responsabilidade da UBSF Universal

Vivencia-se um problema profissional, que é a falta da Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas sob responsabilidade UBSF Universal. Porém, este problema apresenta como causa outros problemas, que são: o baixo conhecimento da equipe acerca dos conceitos de condições aguda e crônica e acerca do modelo assistencial mas eficaz ao enfrentamento das condições crônicas. Estes dois problemas, por sua vez, são ocasionados pela falta de investimento em educação continuada por parte secretaria municipal de saúde de Betim e por falta de uma linha guia /protocolo de Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas. A falta de investimento em Educação continuada é provocada pela escassez de recursos públicos e a falta da linha guia/protocolo é devido a desconsideração da importância deste instrumento para prática assistencial. Observa-se, portanto, um problema cíclico e bem interligado que depende da ação simultânea em vários setores para a real solução do problema principal.

e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);

g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);

h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico: **O baixo conhecimento da equipe acerca dos conceitos condição aguda e condição crônica**”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde da Família Universal, em Betim, Minas Gerais

Nó crítico 1	O baixo conhecimento da equipe acerca dos conceitos condição aguda e condição crônica
Operação	Estabelecer prática educativa que visa a ampliação do conhecimento da equipe de saúde acerca da conceituação atual das condições de saúde
Projeto	“Conhecendo a saúde”
Resultados esperados	Maior conhecimento da equipe de saúde da unidade acerca dos conceitos de condições crônicas e condições agudas.
Produtos esperados	Equipe de saúde melhor preparada e melhor abordagem aos usuários da unidade.
Atores sociais/ responsabilidades	Integrantes da Equipe Saúde da Família: Generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e Integrantes da Equipe de Apoio: Recepção, Recursos Humanos
Recursos necessários	Estrutural: 1) Sala ampla para realizar o encontro/reunião. 2) Material Didático: cartilhas e textos de apoio Cognitivo: Profissional familiarizado e capacitado em relação ao atual conceito de condições de saúde Financeiro: Não necessita de aporte financeiro, será utilizado material educativo e textos de apoio que constam na unidade Político: Não necessita de recurso político
Recursos críticos	Não há recurso crítico
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeiro Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Premiação simbólica ao profissional mais dedicado
Responsáveis:	Enfermeiro
Cronograma / Prazo	Realizar um encontro educativo com a equipe de saúde a cada 2 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento será feito através da observação da prática profissional buscando identificar e valorizar as mudanças em relação a abordagem assistencial aos usuários

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico - **O baixo conhecimento da equipe acerca do modelo assistencial mais eficaz as condições crônicas**” na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde da Família Universal em Betim/Minas Gerais

Nó crítico 2	O baixo conhecimento da equipe acerca do modelo assistencial mais eficaz as condições crônicas
Operação	Apresentar o modelo assistencial atualmente preconizado/eficaz para abordar as condições crônicas de saúde.
Projeto	“Moldando a saúde”
Resultados esperados	Equipe de saúde melhor familiarizada com o modelo assistencial indicado a abordagem das condições crônicas de saúde.
Produtos esperados	Equipe de saúde aplicando na prática assistencial ao portador de condições crônicas de saúde o modelo assistencial preconizado.
Atores sociais/ responsabilidades	Integrantes da Equipe Saúde da Família: Generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e Integrantes da Equipe de Apoio: Recepção, Recursos Humanos
Recursos necessários	Estrutural: 1- Sala Ampla para realizar a prática educativa. 2- Material didático com abordagem direta e simples do modelo assistencial em questão. Cognitivo: Profissional capacitado e familiarizado com os diversos modelos assistenciais mais especificamente com o modelo assistencial indicado a condições crônicas de saúde Financeiro: Não necessita de aporte financeiro, será utilizado material educativo e textos de apoio que constam na unidade Político: Não necessita de recurso político
Recursos críticos	Não há recurso crítico
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeiro Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Premiação simbólica ao profissional com melhor desempenho
Responsáveis:	Enfermeiros.
Cronograma / Prazo	Reuniões de capacitação com a equipe multiprofissional com duração máxima de 2 horas cada. Prazo: 2 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento será feito através da observação da prática profissional buscando identificar e valorizar as mudanças em relação ao modelo assistencial atualizado diante da demanda apresentada pelo usuário.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico- **A não estratificação de risco dos portadores de condições crônicas da unidade**”, na população sob responsabilidade da Unidade Básica de Saúde da Família Universal, em Betim, Minas Gerais

Nó crítico 3	A não estratificação de risco dos portadores de condições crônicas da unidade
Operação	Implantar a estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas de saúde vinculados a UBS Universal
Projeto	“Estratificando”
Resultados esperados	Portadores de condições crônicas de saúde estratificados
Produtos esperados	Equipe Saúde da Família estratificando em cada contato o usuário portador de condições crônicas de saúde
Atores sociais/ responsabilidades	Generalistas, médicos de apoio, enfermeiros, técnicos de enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: Consultórios/ salas para realizar a estratificação / Impressos para estratificar. Cognitivo: Profissionais capacitados e preparados para realizar a estratificação Financeiro: Suporte financeiro para produzir os impressos em quantidade suficiente para a estratificação Político: Viabilizar recurso financeiro
Recursos críticos	Sala em número insuficiente. Dificuldade para aquisição dos impressos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente da unidade Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apuração e divulgação mensal do percentual de usuários estratificados
Responsáveis:	Generalistas das equipes de saúde
Cronograma / Prazo	Estratificação realizado a cada contato do usuário a unidade. Estratificar todos os usuários no prazo máximo de 1 ano (a partir da linha guia implantada)
Gestão, acompanhamento e avaliação	O acompanhamento será por percentil mensal estratificado mantendo no mínimo 10% de estratificação por mês.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico **A falta de uma linha guia/ protocolo de Estratificação de Risco**” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Universal, em Betim /Minas Gerais

Nó crítico 4	A falta de uma linha guia/ protocolo de Estratificação de Risco aos portadores de condições crônicas
Operação	Conscientizar a secretaria de saúde de Betim acerca da importância da implantação de linhas guias/protocolos assistenciais
Projeto	“Protocolando”
Resultados esperados	Implantação de linhas guias/protocolos assistenciais que embasem a prática assistencial no município de Betim.
Produtos esperados	Prática assistencial realizada com melhor embasamento teórico e mais eficaz e resolutive.
Atores sociais/ responsabilidades	Gerente, Secretário de Saúde
Recursos necessários	Estrutural: Espaço físico adequado para elaborar a linha guia/ Material teórico atualizado para embasamento teórico e prático. Cognitivo: Profissional familiarizado com a teoria e a prática assistencial das condições crônicas de saúde para auxiliar na elaboração da Linha Guia Financeiro: Político: Disponibilidade dos governantes (secretários de saúde, prefeito) para reunir com a comissão de elaboração da linha guia
Recursos críticos	Recurso Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gerente Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Divulgação dos resultados positivos alcançados para todas as UBSF do município
Responsáveis:	Médicos e enfermeiros (auxiliar na elaboração da linha guia); Gerente e secretário de saúde (negociação para implantação da linha guia)
Cronograma / Prazo	Reunião com secretário de saúde para apresentar a proposta de implantação da linha guia - prazo: 6 meses. Iniciar elaboração da linha guia - prazo: 6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Encontros periódicos para avaliar o andamento da elaboração da linha guia

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou verificar e confirmar que as condições crônicas de saúde representam um problema exponencialmente crescente e, associado a tripla carga de doença que vigoram no cenário de saúde brasileiro, apresentam uma magnitude ainda maior e mais significativa. Porém, fica igualmente claro que o acompanhamento a estas condições crônicas de saúde não tem sido realizado de modo eficaz e resolutivo.

Tal ineficiência está centrada no atual modelo assistencial empregado, que possui como características centrais a atenção fragmentada e pontual dos problemas de saúde focando na assistência aos casos agudos e nos casos crônicos em período de agudização, modelo assistencial este totalmente incompatível as necessidades assistenciais dos portadores de condições crônicas, que se caracterizam por uma atenção integral, multiprofissional, holística e continuada.

Conclui-se com este trabalho que a reestruturação do modelo e da prática assistencial se faz urgente, que cada profissional de saúde e cada indivíduo envolvido nos cuidados aos portadores de condições crônicas devem permanecer capacitados e atualizados com os preceitos assistenciais mais compatíveis com a abordagem resolutiva das demandas crônicas e que o indivíduo portador desta condição, por sua vez, necessita permanecer motivado aos cuidados contínuos.

REFERÊNCIAS

BETIM. Prefeitura Municipal. **Falando de Betim: Formação Histórica**, 2014. Disponível em: www.betim.mg.gov.br>. Acesso em: 18.maio.2014

BETIM. Wikipedia. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Betim>>. Acesso em: 18.maio.2014.

BRASIL.. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento estratégico situacional**. [s.l], [s.n]. Disponível em: <https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32217/mod_scorm/content/7/UNIDADE1.pdf>. Acessado em 30.dezembro.2014.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Secretaria de gestão do trabalho e da educação na saúde. **Edital de convocação Nº 1/2014: Adesão de médicos ao programa de valorização da atenção básica**. Seção3. P.99-102. Disponível em:<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal+3&pagina=99&data=07/01/2014>>. Acessado em: 30.novembro.2014.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Curso técnico de agente comunitário de saúde: Módulo I: Formação Inicial do Agente Comunitário de Saúde da prefeitura de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: ESPMG, 2007. Cap3, p.355-381

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia saúde da família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. [s.l] [s.n]. 21p Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pd>. Acesso em: 29.novembro.2014.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf. Acessado em: 03 de fevereiro de 2015

FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. **Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], vol.7, n.5, p.133-135, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13515.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças Crônicas não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2011.96p.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de classificação de risco**. Belo Horizonte: [s.n],2010 .247p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Betim: Índice de Desenvolvimento Humano**, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310670&search=minas-gerais|betim|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>. Acesso em: 18 de maio de 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Morbidades hospitalares -2012**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310670&idtema=114&search=minas-gerais|betim|morbidades-hospitalares-2012>. Acesso em: 01 de dezembro de 2014

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **IDEB- Resultados e Metas**. 2014. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/>. Acesso em: 01 de dezembro de 2014

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Oficina 4: Estratificação de Risco das Condições Crônicas**. Manaus: [s.n] 2013. 42 p Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/04/02-A-Estratifica%C3%A7%C3%A3o-de-Risco-das-Condi%C3%A7%C3%B5es-Cr%C3%B4nicas.pdf>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2015

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.512p.

MERHY, Emerson Elias, et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência in: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

REZENDE, Ana Clara; et al. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Belo Horizonte:[s.n], 2010. 62p. Disponível em: https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf. Acesso em: 29 de janeiro de 2015.

SCHRAMM, Joyce Mendes Andrade; et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.9, n.4, pp.897-908. 2004.

SILVA, Silvio Fernandes. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde**: desafios do Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva [online], vol.16, nº 6, 2011

