

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

**Rodrigo Dutra Porto**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CADASTRAMENTO E  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
VÁRZEA, DE LAGOA SANTA – MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**RODRIGO DUTRA PORTO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CADASTRAMENTO E  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
VÁRZEA DE LAGOA SANTA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
Estratégia da Saúde da Família da  
Universidade Federal de Minas Gerais  
para obtenção do certificado de  
especialista.

Orientador: Prof. Juarez Oliveira Castro

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

**2015**

**RODRIGO DUTRA PORTO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CADASTRAMENTO E  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS PORTADORES DE  
DOENÇAS CRÔNICAS, DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
VÁRZEA, DE LAGOA SANTA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
Estratégia da Saúde da Família da  
Universidade Federal de Minas Gerais  
para obtenção do certificado de  
especialista.

Orientador: Prof. Juarez Oliveira Castro

Banca Examinadora

Professor Doutor Juarez Oliveira Castro - UFMG - Orientador

Professor Edison José Corrêa - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de exercer a medicina.

Ao meu orientador, o Professor Juarez Oliveira Castro pela paciência e orientação dada nesse projeto.

Aos profissionais do Centro de Saúde Joá/Várzea que me apoiaram e foram solícitos sempre que necessário.

## RESUMO

A cidade de Lagoa Santa fornece aos seus habitantes serviços de atenção primária e secundária. Entre os serviços de atenção primária, a Equipe de Saúde da Família (ESF) Várzea. Durante reunião de equipe do ESF observou-se a inexistência de dados referentes à população portadora de doenças crônicas por ela assistida. As doenças crônicas estão entre as principais causas de morte no mundo. Entre elas encontramos a hipertensão arterial, a *diabetes mellitus* e a doença renal crônica. Por esse motivo julgamos necessário a criação de um plano de ação que auxilie no cadastramento e estratificação de risco dessa população, permitindo organizar os processos de trabalho da equipe de forma a atender as demandas da população. Para tanto foi realizado um diagnóstico situacional seguido de revisão bibliográfica priorizando o planejamento estratégico voltado para o cadastramento e estratificação de riscos dos usuários portadores de doenças crônicas da área de atuação da ESF Várzea. O projeto de intervenção busca solucionar as dificuldades encontradas, criando propostas para o enfrentamento do problema. Durante a revisão bibliográfica identificou-se que intervenções amplas e custo-efetivas de promoção, prevenção e a criação de planos assistenciais individuais e coletivos podem melhorar a assistência prestada e, principalmente, a situação de saúde da população, além de trazer a atenção primária para o centro da rede de atenção à saúde, sendo esta a responsável pela coordenação dos cuidados.

**Palavras chave:** Serviços de Saúde; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica.

## **ABSTRACT**

The city of Lagoa Santa provides to his habitants primary and secondary health care services, in the Várzea Health Center.(VHC). During meeting of VHC staff we realized that we have a lack of data of the population with chronic diseases assisted there. Chronic diseases are among the leading of death worldwide causes, among which is found high blood pressure, diabetes mellitus and chronic kidney disease, therefore that it's necessary to create a plan of action to assist us in the registration and risk stratification of this population, allowing the organization of the VHC work processes to meet the demands of them. To develop this we conducted a situational diagnosis followed by literature review prioritizing strategic planning faces the registration and risk stratification of patients users of chronic diseases of the VHC Várzea acting area, the intervention project seeks to resolve the difficulties encountered by creating proposals to fixed the problem. During the literature review we identified that broad interventions and cost-effective promotion, prevention and the creation of individual and collective health plans can improve care delivery, and especially the health status of the population, in addition to providing primary care for center of the health care network, this being responsible for the coordination of care.

**Keywords:** Health services. Family Health. ; Primary Health Care; Chronic Diseases.

## **LISTA DE SIGLAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CEO** – Centro de Especialidades Odontológicas

**DM** – Diabetes mellitus

**DCNT** – Doenças crônicas não transmissíveis

**DRC** – Doença renal crônica

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**HAS** – Hipertensão arterial sistêmica

**MACC** – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PAM** – Pronto Atendimento Municipal

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde

**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde

**SES/MG** – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	9
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	11
<b>3 OBJETIVO</b>	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivo Específico	12
<b>4 METODOLOGIA</b>	13
<b>5 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b>	14
5.1 As condições de saúde	14
5.2 As doenças crônicas	15
5.3 Modelo de atenção e modelo de atenção as doenças crônicas	16
5.4 Cadastramento e a estratificação de risco das doenças crônicas	19
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	21
6.1 Definição dos problemas	21
6.2 Priorização dos problemas	21
6.3 Descrição do problema selecionado	22
6.4 Explicação do problema	22
6.5 Seleção dos “nós críticos”	23
6.6 Desenho das operações	23
6.7 Identificação dos recursos críticos	25
6.8 Análise de viabilidade do plano	25
6.9 Elaboração do plano operativo	27
6.10 Gestão do plano	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	29
<b>REFERÊNCIAS</b>	31



## 1 INTRODUÇÃO

Lagoa Santa é um município localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte; Minas Gerais, conta com uma área territorial de aproximadamente 231,9 km<sup>2</sup>, está situado a aproximadamente 34 km da capital e possui uma população de 58.704 habitantes (LAGOA SANTA, 2015).

O sistema de saúde do município é composto por unidades de atendimento primário que incluem as Unidades Básicas de Saúde, farmácias e laboratório municipal e unidades de atendimento secundário quem incluem as policlínicas de especialidades, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Pronto Atendimento Municipal (PAM) (LAGOA SANTA, 2015).

O município é subdividido em várias regiões. Uma delas, a região da Várzea compreende os bairros: Praia Angélica, Várzea, Joá, Alto do Joá, Recanto da lagoa, Solarium, São Geraldo, Pontal da Liberdade, Jardins da Lagoa I, Jardins da Lagoa II, Boulevard, Flamboyant, Estancias da Lagoa, Ipanema, Cascalheiras, Mirante da Lagoa e Morro do Cruzeiro (LAGOA SANTA, 2015).

A região da Várzea é a área de abrangência do Centro de Saúde Joá/Várzea, que além da Policlínica Leste, abriga as equipes de Saúde da Família (ESF) do Joá e da Várzea.

A unidade possui ótima estrutura física. O prédio é novo e bem conservado e possui cinco consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, duas salas de auxiliares de enfermagem, sala de curativos, sala de esterilização, sala dos agentes comunitários de saúde, sala de reuniões e cozinha. Além de duas amplas recepções: uma para as unidades de saúde e outra para a policlínica de especialidades.

As duas equipes de Saúde da Família que dividem o espaço são compostas por três médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, duas dentistas, quatro auxiliares de dentista e dez agentes comunitários de saúde e são responsáveis pelo atendimento de uma população estimada de 8.120 habitantes (LAGOA SANTA, 2015).

Porém apenas 6.190 pessoas encontram-se atualmente cadastradas nas equipes, ou seja, cerca de 20% da população total da região da Várzea não está devidamente cadastrada. A região da várzea possui um perfil populacional bastante heterogêneo que inclui desde habitantes de classe média baixa até habitantes de classe média alta que habitam os diversos condomínios fechados existentes na região.

Em discussões nas reuniões de equipe esse sempre foi um ponto bastante citado, já que devido à grande heterogeneidade da população sempre se teve grande dificuldade na realização de um levantamento de dados sobre a população local, isso reflete a dificuldade em realizar o cadastramento e o controle dos pacientes portadores de doenças crônicas; hipertensos, diabéticos e doentes renal crônicos; da área de abrangência.

Informações essas de extrema importância, já que mediante a descrição da clientela, e a previsão do número de pacientes com necessidade de assistência continuada, as equipes de saúde de família poderiam organizar suas demandas e reduzindo a demanda de agudizados, aumentando as ações de prevenção e com maior qualidade na assistência.

O desafio é ampliar as fronteiras de atuação da equipe, realizar o levantamento de informações sobre o número e condições de saúde dos pacientes crônicos, programar estratégias para realizar a estratificação de risco dos mesmos, de forma a organizar a ações da unidade para atendê-los, priorizando a promoção da saúde, a prevenção de agravos (complicações), procurando reduzir os casos de agudização.

## 2 JUSTIFICATIVA

As principais causas de mortalidade no mundo estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de causar um alto grau de limitação para as atividades econômicas, causando impactos tanto na família, quanto para a comunidade e a sociedade em geral (MALTA *et al.*, 2011).

As DCNT no Brasil são responsáveis por 72% das causas de óbito, apesar de não tem restrição de faixa etária ou classe social para a existência das mesmas, essas acontecem de forma mais intensa nos grupos vulneráveis como os idosos e pessoas com baixa escolaridade e renda (MALTA *et al.*, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as condições de saúde em agudas e crônicas. Dentre as doenças crônicas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes mellitus (DM) e a doença renal crônica (DRC) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Nossa unidade tem limitações para programar assistência aos pacientes portadores dessas doenças crônicas, visto que não temos conhecimento do quantitativo de pessoas portadoras da mesma, devido ao cadastramento ineficaz ou insuficiente da população da área de abrangência.

Para tanto se torna necessário a criação de um plano de ação que auxilie na captação desses pacientes para que os mesmos sejam identificados, cadastrados, estratificados e tenham um espaço reservado para que recebam atenção integral na unidade, principalmente as voltadas para ações de promoção e prevenção em saúde.

O cadastramento e a estratificação de riscos desses usuários vão nos permitir identificar a situação de saúde dos mesmos e através delas poderemos realizar um planejamento estratégico de forma a redução no número de pacientes com quadros agudizados.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Realizar cadastramentos dos pacientes portadores de doenças crônicas, nesse projeto priorizando os hipertensos, diabéticos e doentes renais crônicos, da área de abrangência da ESF Várzea.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Estratificação de risco dos pacientes crônicos conforme “Linha-Guia De Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica”
- Elaborar plano terapêutico para os pacientes estratificados
- Organizar os processos de trabalho de forma a atender as necessidades dos pacientes.

## 4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi realizado, seguindo as seguintes etapas:

Elaboração do diagnóstico situacional por meio do método de estimativa rápida onde foram identificados os principais problemas vivenciados no território da unidade e a seleção daquele que no momento era mais agudizado.

Revisão bibliográfica para levantar na literatura os artigos, protocolos e manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde que abordavam o problema alvo do projeto. A pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores: Serviços de Saúde; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica.

Não foi definida temporalidade para os artigos encontrados, porém os mesmos foram selecionados por ordem decrescente de publicação, ou seja, os mais recentes, levando em conta suas similaridades com os aspectos selecionados nesse projeto de intervenção.

Posteriormente foi estabelecido um plano de ação, seguindo o Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## **5 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **5.1 As condições de saúde**

As condições de saúde apresentam-se como o estado de saúde das pessoas que podem ser duráveis ou não, exigindo respostas sociais imediatas ou de longo prazo, que podem ser aleatórias, contínuas, fragmentadas ou integradas através dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Tradicionalmente trabalha-se em saúde dividindo-se as doenças em condições crônicas não transmissíveis e condições transmissíveis, utilização recorrente principalmente no setor epidemiológico. Em relação às respostas sociais aos problemas de saúde, apesar de serem doenças transmissíveis, algumas apresentam um curso natural de longo período se encaixam na mesma lógica de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, isso se torna importante sob a perspectiva das redes de atenção à saúde, pois essas condições são as que necessitam de um ciclo completo de atendimento, logo são as que geram mais ônus para o sistema (MENDES, 2011).

O tempo de duração da condição de saúde relaciona-se diretamente com a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde. Quando episódica é enfrentada sobre a queixa principal, demanda resposta social imediata. Porém se de longo prazo demanda cuidados, mais ou menos permanentes, através de plano terapêutico elaborado em conjunto com os profissionais das redes de saúde e os usuários do serviço. Buscando um sistema de atenção à saúde integrado, promovendo uma assistência integrada e contínua aos usuários (MENDES, 2011).

No contexto desse projeto adotaremos o conceito de tipologia de doenças, da OMS, conforme encontramos na Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, em que as condições de saúde são classificadas em agudas e crônicas (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

## 5.2 As doenças crônicas

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, p.5):

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

As doenças crônicas correspondem à maior demanda de serviços de saúde pública, apesar de corresponderem a 20% da demanda, representam 80% dos gastos do setor de saúde, sendo as principais causas de internações hospitalares, no Brasil representam 72% das causas de óbitos. São as principais causas de incapacidade, e sua prevalência vem aumentando entre os adultos, porém não tem divergência entre os grupos sociais, apesar de apresentar maior gravidade nos grupos vulneráveis, como idosos e os de baixa renda (ALMEIDA *et al.*, 2002; MALTA *et al.*, 2011).

O perfil de risco para doenças crônicas vem crescendo de forma preocupante, por serem condições prevalentes de grande importância para a saúde pública em todos os países. Apesar do rápido crescimento dessas doenças, seu impacto pode ser revertido, utilizando intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, como a inclusão na assistência de ações de prevenção e planos terapêuticos individuais e coletivos visando reduzir seus fatores de risco, melhorando a atenção à saúde, detectando precocemente, evitando complicações e promovendo o tratamento oportuno (MALTA *et al.*, 2011).

Esse grupo de doenças necessita de assistência continuada de serviços, além de possuírem fatores de risco comuns, entre eles o tabaco, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o consumo nocivo de álcool, apresentam também relação direta com o envelhecimento dos indivíduos e da população (ACHUTTI, AZAMBUJA, 2004).

Como resposta ao desafio das doenças crônicas, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) têm implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças. Procurando conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos, fatores de risco, com o intuito de organizar a assistência dos usuários em redes de atenção (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013; MALTA *et al.*, 2011).

Essa organização busca através da elaboração de diretrizes clínicas e operacionais, que tem como base um modelo de atenção às doenças crônicas, realizar a estratificação de risco da população abordada, com a finalidade de melhorar a assistência prestada seguindo o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Dentre as doenças crônicas encontramos as crônico-degenerativas como a HAS, DM e a DRC, para as quais podem ser utilizadas o modelo de atenção às condições crônicas proposto por Mendes (2011).

### **5.3 Modelo de atenção e modelo de atenção as doenças crônicas**

O sistema de atenção à saúde é o responsável pela organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de forma a obter uma assistência efetiva, eficiente e segura. A necessidade de modificar o sistema induziu ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde, esses dirigidos principalmente, ao manejo das condições crônicas. O modelo de atenção à saúde visa articular a relação entre população e os serviços de saúde por meio de diferentes tipos de intervenções sanitárias (MENDES, 2011).

O SUS vem implementando modelos de gestão e de atenção à saúde que buscam centralizar na Atenção Primária à Saúde (APS) tanto a coordenação do cuidado, quanto a organização das RAS, sendo a APS a porta de entrada preferencial do serviço (SILVA, 2011).

Os atuais modelos de atenção à saúde, buscam assegurar uma atenção efetiva e eficiente, buscando fornecer assistência profissional e um autocuidado apoiado. Para tanto as APS devem organizar sua assistência de forma a ter equilíbrio entre a atenção



para a demanda espontânea e a atenção programada, prover gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas, monitorando esses casos de forma regular, fornecer atenção à saúde de acordo com as necessidades dos usuários (MENDES, 2012; BRASIL, 2013).

Algumas propostas de gestão da clínica nas redes de atenção à saúde têm sido destacadas por alguns autores. O desafio dessas propostas são romper com as características centradas em procedimentos, organizando a assistência a partir das necessidades dos usuários, instituindo modelo usuário-centrado (SILVA, 2011).

Mendes (2011) propõe “trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade”, com utilização de gestão da clínica orientadas por cinco tipos de tecnologias: diretrizes clínicas (linhas-guias ou protocolos clínicos), gestão da condição de saúde (criação do plano de cuidados), gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera.

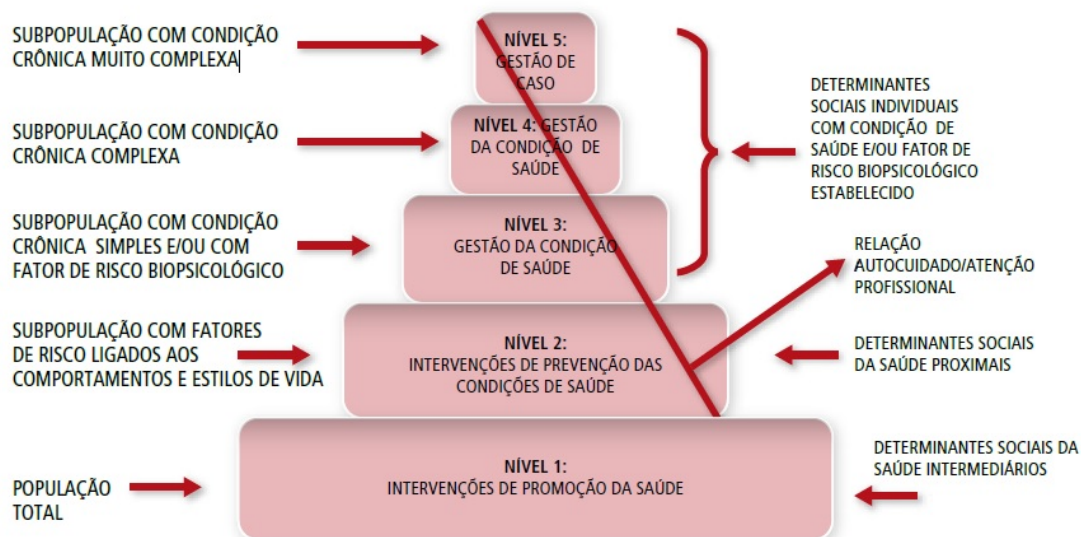
Enquanto Campos (2014) propõe a “cogestão da clínica”, que visa compartilhar as responsabilidades entre paciente/usuário, gestor/ organização e clínico/equipe visando alcançar condições propícias para a concretização da clínica ampliada, propondo aumentar a participação do paciente no processo do cuidado. Entre os conceitos de gestão da clínica encontramos: atuação multiprofissional; equipes de referência para um conjunto de pacientes; elaboração de projetos terapêuticos singulares para casos e situações mais complexas (SILVA, 2011; CAMPOS *et al* , 2014)

Um sistema de atenção à saúde voltado para a melhoria da atenção às condições crônicas, deve realizar mudanças na sua organização, implementando novos processos de gestão e planejamento. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, que visa o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, determinando diretrizes e aliando as ações e serviços já existentes para desenhar uma rede de cuidado (BRASIL, 2013; MENDES, 2012).

Seguindo as tendências dos cuidados em saúde proposto pelo Ministério da Saúde, em 2013, a SES/MG lançou a 3ª edição de sua linha-guia voltada para os portadores de doenças crônico degenerativas, HAS, DM e DRC, essa baseada no modelo de atenção

às condições crônicas (MACC) (Figura 1) proposto por Mendes (2011) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2011.

Esse modelo se estrutura em cinco níveis, que variam desde o nível de promoção em saúde até o de gestão de casos. Possuem ainda três componentes integrados de avaliação, a população, os focos de intervenção e os tipos de intervenção (MENDES, 2011). De forma simplificada descrevemos a Figura 1 da forma a seguir.

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita estão os diferentes níveis de determinantes sociais da saúde: intermediários, proximais e individuais. Na coluna do meio estão os cinco níveis de intervenções em saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2012).

A linha que transcorre dos níveis 2 ao 5, identifica a linha de atenção à saúde, sendo que a proporção à esquerda da linha representa a parcela do cuidado em saúde destinada a autocuidado do usuário com o apoio da APS, enquanto que a porção a direita representa a parcela de cuidado destinada ao profissional. Sendo assim observa-se que quanto mais

complexa a condição crônica mais relevante será a parcela de cuidado destinada ao profissional (MENDES, 2011).

Propor melhoria para a saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer mudanças no sistema de atenção, de um modelo essencialmente fragmentado, reativo e episódico focado na doença, por um proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa, na comunidade, voltado para a promoção e a manutenção da saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

É importante para a organização da assistência de um sistema de saúde a definição das responsabilidades da APS, de acordo com o grau de complexidade da condição crônica, determinando as diretrizes clínicas de seguimento para os níveis de atenção secundário e terciário, quando isso se fizer necessário. A base para a organização da assistência deve ser a estratificação de riscos dos usuários de acordo com sua condição de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013, MENDES, 2012). Para tanto é necessária a realização do cadastramento para identificação desses usuários.

Assim como dito anteriormente, Barceló *et al.* (2012) dizem que a atenção às doenças crônicas requer uma APS consolidada e articulada, coordenando a assistência em saúde de forma interligada com os serviços especializados, sendo eles secundários ou terciários. Espera-se que isso seja concretizado a partir da RAS, com objetivo de vincular o MACC com as redes de atenção e assim promover uma assistência de saúde equitativa, de qualidade e de forma integrada.

#### **5.4 Cadastramento e a estratificação de risco das doenças crônicas**

Para estruturar a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a APS, ponto estratégico da rede por apresentar maior potencial de identificação das necessidades de saúde da população, realizando a estratificação de riscos que permitirá a organização da assistência em todas as RAS (BRASIL, 2011).

A APS deve organizar seus processos de trabalho de forma a ter em sua agenda programática ações que contemplem a variedade de necessidades de saúde da

população, como o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado (ações de prevenção e promoção para os usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento). As ofertas, de consultas, exames, procedimentos, consultas especializadas são programadas conforme a estratificação de risco e necessidades individuais do usuário, conforme o plano assistencial definido previamente (BRASIL, 2013).

Antes de realizar a estratificação a APS precisa realizar uma ação essencial para a estratificação, o cadastramento das famílias e seus membros que vivem na área de abrangência das equipes de saúde. É importante o cadastramento, pois a partir dele é possível obter informações sobre os usuários portadores de condições crônicas de saúde para em fim estratificá-los por risco (BRASIL, 2013; MENDES, 2011).

A estratificação de risco tem como objetivo classificar os usuários de acordo com a gravidade de sua condição, permitindo o planejamento das ações da equipe de forma a atender às necessidades produzidas pelos planos assistenciais. Esses planos são definidos após o conhecimento dos estratos de risco dos usuários, avaliando, organizando e garantindo o atendimento, conforme suas necessidades (BRASIL, 2013).

Cada doença pode ter uma estratificação de risco diferenciada, que será construída de acordo com suas características analisando os aspectos orgânicos e também as condições de autocuidado do indivíduo e seu contexto social. Os protocolos de estratificação de risco são úteis e necessários, mas eles sozinhos não são suficientes para determinar a vulnerabilidade de determinada pessoa, sendo importante manter a interação com o usuário para estar atento ao seu potencial agravamento (BRASIL, 2013).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição dos problemas

Durante reunião de equipe da ESF Várzea foi realizado, utilizando o método de estimativa rápido, o levantamento dos principais problemas do serviço e identificados os problemas prioritários que afetam o processo de trabalho da equipe. Sendo definidos os abaixo listados:

- Falta de dados sobre o número de pacientes crônicos da área de abrangência.
- Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados.
- Baixa adesão às atividades coletivas e consultas agendadas.
- Obesidade.
- Risco de doenças cardiovasculares aumentada.

### 6.2 Priorização dos problemas

Considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento, foram classificados os problemas por ordem de prioridade, conforme Quadro 1.

**Quadro 1:** Classificação de prioridade para os problemas levantados pela Equipe de Saúde da Família Várzea, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de dados sobre o número de pacientes crônicos da área de abrangência	Alta	9	Parcial	1
Grande número de hipertensos e diabéticos descompensados	Alta	9	Parcial	2
Baixa adesão às atividades coletivas e consultas agendadas	Alta	8	Parcial	2
Obesidade	Alta	8	Parcial	4
Risco de doenças cardiovasculares aumentada	Alta	8	Parcial	3

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

\*Em escala de 0 a 10 pontos

### **6.3 Descrição do problema selecionado**

O problema definido como prioritário pela equipe foi a “falta de dados sobre o número de doentes crônicos da área de abrangência”, pois a partir dele surgem outros problemas que dificultam a organização dos processos de trabalhos.

Avaliando a demanda da unidade percebemos um grande número de atendimentos em demanda espontânea para os pacientes crônicos, com quadros de agudização da patologia, dentre esses muitos não realizam controle na unidade e nem sequer tem registro em prontuário da família.

### **6.4 Explicação do problema**

Grande parte dos pacientes com condições crônicas, da área de abrangência da ESF Várzea não é cadastrada, ou não faz acompanhamento no serviço. Como já exposto, este fato é grande empecilho para o funcionamento adequado da Atenção Primária, pois apenas conhecendo a demanda podemos organizar os processos de trabalho e disponibilizar uma assistência em saúde adequada e de qualidade para a população, dando prioridade as ações de promoção e prevenção. Mas, quais seriam os problemas deflagradores deste problema principal?

- A maioria dos pacientes crônicos procura atendimento em situações agudas, requerendo atendimento em demanda espontânea ou encaminhamento para o pronto atendimento.
- Devido a grande demanda espontânea da unidade pacientes, o que acarreta em um tempo relativo de espera para o atendimento os pacientes com frequência se automedicam.
- Uma parcela considerável de população da área de abrangência possui boa situação financeira, não dependente de medicação e ou assistência prestada pela unidade, e quando a necessitam o fazem em situações de urgência.
- O aumento dos índices de violência em Lagoa Santa traz insegurança a população e a torna resistente a entrada dos ACSs no domicílio para realização de cadastramento da população.

- Não há na agenda da unidade espaço destinado ao atendimento dos pacientes crônicos.
- Divulgação ineficaz dos serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade, sendo que a população da área de abrangência usufruiu em sua maior parte apenas dos atendimentos de demanda espontânea.
- Cadastramento ineficaz ou insuficiente da população área de abrangência.
- A equipe não estratifica ou cria plano de assistência para os pacientes crônicos.

### **6.5 Seleção dos “nós críticos”**

Ponderando sobre as necessidades da população e levando em consideração nossa capacidade de enfrentamento do problema, foram selecionados os “nós críticos”, para os quais a equipe é capaz de planejar e aplicar algum tipo de intervenção, relacionados abaixo:

- Cadastramento ineficaz ou insuficiente da população da área de abrangência.
- Divulgação ineficaz dos serviços de prevenção e promoção á saúde oferecidos pela unidade.
- Agenda destinada para o atendimento dos pacientes crônicos Estratificação e criação dos planos assistenciais para os pacientes crônicos

### **6.6 Desenho das operações**

Observando-se os “nós críticos” selecionados, e seguindo o PES, realizou-se o desenho das operações para enfrentamento das causas, identificando produtos, resultados e recursos necessários para efetivação das operações. Abaixo segue tabela com o desenho das operações.

**Quadro 2** – Desenho das operações para os “nós críticos” sobre o problema falta de dados sobre pacientes crônicos.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Divulgação ineficaz dos serviços de promoção e prevenção.	Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	Aumentar procura por ações de promoção e prevenção e consultas agendadas.	Criação de grupos operativos, aumentando as ações de promoção e prevenção.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio, panfletos, cartilhas, cartazes, material pedagógico. ORGANIZACIONAL: Reorganizar agenda dos profissionais da equipe. POLÍTICO: Articulação com secretaria de saúde para fornecimento de materiais.
Cadastramento ineficaz ou insuficiente da população da área de abrangência.	Recadastramento da população da área de abrangência	Captação e levantamento de dados fidedignos sobre a número de pacientes crônicos da unidade	Atualização dos dados da equipe, permitindo uma melhoria nos processos de trabalho através do planejamento de ações	COGNITIVO: Capacitação das ACSs para cadastramento eficaz. Sensibilizar população da área sobre a necessidade do fornecimento das informações. FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio. ORGANIZACIONAL: Organizar o mapa da aérea, determinar fluxo para cadastramento. POLÍTICO: Acesso aos domicílios, principalmente os de condomínios fechados.
Estratificação e criação dos planos assistenciais para os pacientes crônicos	Realizar estratificação de risco dos pacientes crônicos (HAS, DM e IRC)	Conhecimento do número real de pacientes crônicos da área e a situação de saúde dos mesmos. Criação de planos assistenciais para os pacientes crônicos.	Diminuir atendimento de pacientes crônicos descompensados.	ORGANIZACIONAL: Reorganizar agenda dos profissionais de nível superior da unidade para realizar a estratificação. COGNITIVO: Capacitação dos profissionais para realizar a estratificação e a criação dos planos assistenciais. POLÍTICO: Secretaria ceder profissional para realizar a capacitação, além de disponibilizar os recursos externos. FINANCEIRO: Aumento da demanda de solicitação de exames e consultas especializadas
Agenda destinada para o atendimento dos pacientes crônicos.	Criação de grupos operativos destinados aos pacientes crônicos. Espaço na agenda dos profissionais Médico e Enfermeiro para atendimento individual conforme plano assistencial.	Melhoria das condições de saúde dos pacientes crônicos.	Redução do número de atendimentos de pacientes crônicos descompensados.	ORGANIZACIONAL: Remanejamento das agendas dos profissionais. Financeiro -> Recursos audiovisuais, material de apoio. COGNITIVO: Educação continuada dos profissionais. POLÍTICO: Secretaria conseguir suprir o aumento das necessidades de exames e consultas especializadas.

**Fonte:** Autoria Própria (2015).



## 6.7 Identificação dos recursos críticos

**Quadro 3** - Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos sobre o problema falta de dados sobre pacientes crônicos.

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSO CRÍTICO</b>
Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio, panfletos, cartilhas, cartazes, material pedagógico. POLÍTICO: Articulação com secretaria de saúde para fornecimento de materiais.
Recadastramento da população da área de abrangência	COGNITIVO: Sensibilizar população da área sobre a necessidade do fornecimento das informações. POLÍTICO: Acesso aos domicílios, principalmente os de condomínios fechados.
Realizar estratificação de risco dos pacientes crônicos (HAS, DM e IRC)	POLÍTICO: Secretaria ceder profissional para realizar a capacitação, além de disponibilizar os recursos externos. FINANCEIRO: Aumento da demanda de solicitação de exames e consultas especializadas
Criação de grupos operativos destinados aos pacientes crônicos. Espaço na agenda dos profissionais Médico e Enfermeiro para atendimento individual conforme plano assistencial.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio. POLÍTICO: Secretaria conseguir suprir o aumento das necessidades de exames e consultas especializadas.
Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio, panfletos, cartilhas, cartazes, material pedagógico. POLÍTICO: Articulação com secretaria de saúde para fornecimento de materiais.

Fonte: Autoria Própria (2015).

## 6.8 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade do plano envolve os atores que controlam os recursos críticos das operações, recursos que cada um desses atores controla e qual a motivação cada ator tem em relação ao objetivo pretendido como descritos no plano.

**Quadro 4** - Propostas de ações para a motivação dos atores

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSO CRÍTICO	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio, panfletos, cartilhas, cartazes, material pedagógico. POLÍTICO: Articulação com secretaria de saúde para fornecimento de materiais.	Secretaria de Saúde	Contrária quanto à parte financeira	Apresentar gastos com materiais de comunicação
Recadastramento da população da área de abrangência	COGNITIVO: Sensibilizar população da área sobre a necessidade do fornecimento das informações. POLÍTICO: Acesso aos domicílios, principalmente os de condomínios fechados.	População	Indiferente	Divulgar para a população a necessidade do conhecimento da situação de saúde da comunidade como forma de melhorar assistência.
Realizar estratificação de risco dos pacientes crônicos (HAS, DM e IRC)	POLÍTICO: Secretaria ceder profissional para realizar a capacitação, além de disponibilizar os recursos externos. FINANCEIRO: Aumento da demanda de solicitação de exames e consultas especializadas	Secretaria de Saúde	Contrária quanto à parte financeira	Apresentar projeto de capacitação; e Apresentar provisão dos aumentos de consultas e exames, em contrapartida a diminuição dos atendimentos no pronto atendimento.
Criação de grupos operativos destinados aos pacientes crônicos. Espaço na agenda dos profissionais Médico e Enfermeiro para atendimento individual conforme plano assistencial.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio. POLÍTICO: Secretaria conseguir suprir o aumento das necessidades de exames e consultas especializadas.	Secretaria de Saúde	Contrária quanto à parte financeira	Apresentar gastos com materiais de comunicação; e Apresentar provisão dos aumentos de consultas e exames, em contrapartida a diminuição dos atendimentos no pronto atendimento.
Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	FINANCEIRO: Recursos audiovisuais, material de apoio, panfletos, cartilhas, cartazes, material pedagógico. POLÍTICO: Articulação com secretaria de saúde para fornecimento de materiais.	Secretaria de Saúde	Contrária quanto à parte financeira	Apresentar gastos com materiais de comunicação

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

## 6.9 Elaboração do plano operativo

**Quadro 5** – Plano operativo

Operação/Projeto	Resultados esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Divulgar na comunidade abrangência os serviços de promoção e prevenção oferecidos pela unidade.	Aumentar procura por ações de promoção e prevenção e consultas agendadas.	A cada abordagem aos usuários deverão orientar, fornecer informações e encaminhar de acordo com a necessidades às atividades programadas quando o caso couber. Fazer orientação na sala de espera da unidade, durante visita domiciliar e atendimentos individuais.	Toda a equipe	Início imediato, sem termino.
Recadastramento da população da área de abrangência	Captação e levantamento de dados fidedignos sobre a número de pacientes crônicos da unidade	Durante visita domiciliar, realizar levantamento dos dados da família e indivíduos e registrá-los de forma que possam ser consultados posteriormente.	Agentes Comunitários de Saúde	Início imediato, sem termino.
Realizar estratificação de risco dos pacientes crônicos (HAS, DM e IRC)	Conhecimento do número real de pacientes crônicos da área e a situação de saúde dos mesmos. Criação de planos assistenciais para os pacientes crônicos.	Utilizar dados coletados, identificar os pacientes portadores de doenças crônicas e realizar a estratificação de risco e criando planos assistenciais.	Médicos e Enfermeiros	Início imediato, sem termino.
Criação de grupos operativos destinados aos pacientes crônicos. Espaço na agenda dos profissionais Médico e Enfermeiro para atendimento individual conforme plano assistencial.	Melhoria das condições de saúde dos pacientes crônicos.	Alterar programação da equipe de forma a criar espaços de educação em saúde e agenda para atender individualmente os pacientes crônicos de acordo com o plano assistencial traçado.	Toda a equipe	Início imediato, sem termino.

**Fonte:** Autoria Própria (2015).

### **6.10 Gestão do plano**

O plano de ação ainda não foi executado, pois o projeto está em fase de avaliação e aprovação, visto ainda que não é objetivo desse projeto a implantação do mesmo, mas uma proposta de intervenção a ser aplicada posteriormente pelo município ou pela equipe onde foi planejada.

Considerando que a realização do cadastramento e estratificação de risco dos pacientes portadores de doenças crônicas está prevista na linha guia da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, esperamos um parecer favorável à implantação do mesmo tanto por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/ MG, quando das equipes de saúde da família do município.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideradas as principais causas de mortalidade no mundo, as doenças crônicas correspondem à maior demanda de serviços de saúde pública, pois apesar de corresponderem a 20% da demanda, representam 80% dos gastos do setor de saúde. São as principais causas de incapacidade, causando um alto grau de limitação para as atividades econômicas, causando impactos tanto familiares, quanto para a comunidade e a sociedade em geral.

A dificuldade em realizar o levantamento de dados sobre a população, através do qual, realizamos o cadastramento e o controle dos pacientes portadores de doenças crônicas, impede a previsão do número de pacientes com necessidade de assistência continuada dificultando a organização dos processos de trabalho da equipe de saúde.

Apesar do rápido crescimento dessas doenças, seu impacto pode ser revertido, utilizando intervenções amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, como a inclusão na assistência de ações de prevenção e planos terapêuticos individuais e coletivos visando reduzir seus fatores de risco, melhorando a atenção à saúde.

Para tanto o sistema de saúde deve realizar mudanças na sua organização, implementando novos processos de gestão e planejamento, entre eles a estratificação de risco dos pacientes portadores de doenças crônicas.

A implementação de um modelo de atenção à saúde busca assegurar uma atenção efetiva e eficiente, fornecendo o autocuidado apoiado e assistência profissional adequada nos diversos níveis de atenção da rede, observando as necessidades individuais e coletivas. A APS deverá ser o ponto central da rede de atenção, sendo a responsável pela coordenação do cuidado e pela organização das RAS.

Seguindo essa linha de raciocínio recomendamos através desse projeto propostas de intervenção para a falta de dados e o planejamento de cuidados para os pacientes crônicos da área de abrangência das ESF Várzea, e esperamos que as mesmas sejam implementadas em todo o município, visto que este também é um objetivo da SES/MG, em sua proposta de assistência através de sua Linha-Guia.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):833-840, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 03 Out. 2015.

ALMEIDA, M. F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas autorreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):743-756, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400011)>. Acesso em: 03 Out. 2015.

BARCELÓ, A. *et al.* **Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Biblioteca da Sede da OPAS - Catalogação na fonte. Washington, D.C., OPAS, ©2012. Disponível em: <[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Melhoria-dos-Cuidados-Cr%C3%B4nicos\\_port2.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Melhoria-dos-Cuidados-Cr%C3%B4nicos_port2.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2011, Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 04 Out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 05 Out. 2015.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 05 Out.2015.

LAGOA SANTA. Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Lagoa Santa, [online], 2015. Disponível em: <<http://www.lagoasanta.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 Set. 2015.

MALTA, D.C.; *et al.* Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>>. Acesso em: 05 Out. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

<[http://www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>. Acesso em: 06 Out. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 06 Out. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. SES/MG Atenção à Saúde do Adulto. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** Belo Horizonte: SES/MG, 3ª Edição Atualizada, 2013. Disponível em: < <http://www.imepen.com/wp-content/uploads/2012/04/Linha-Guia.pdf>>. Acesso em: 06 Out. 2015.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2753-2762, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 Out. 2015.