SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

O PRONTUÁRIO FAMILIAR DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Eugênio Vilaça Mendes(*)

(*) Consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

A SINGULARIDADE DO PRONTUÁRIO FAMILIAR DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

- A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS
- O PROBLEMA BÁSICO DO SUS NO ESTADO
- AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
- A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- A MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE
- O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA
- A GESTÃO DA CLÍNICA

A TRIPLA CARGA DE DOENÇAS NO BRASIL, EM ANOS DE VIDA PERDIDOS AJUSTADOS POR INCAPACIDADE (AVAI´s) - 1998

DOENÇA OU CONDIÇÃO	AVAI´s POR MIL HABITANTES	%
INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E DESNUTRIÇÃO	34	14,8
CAUSAS EXTERNAS	19	10,2
CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS	21	8,8
DOENÇAS CRÔNICAS	124	66,2
TOTAL	232	100

FONTE: SCHRAMM et al (2004)

O PRINCIPAL PROBLEMA DO SUS EM MINAS GERAIS:

A INCOERÊNCIA ENTRE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TRIPLA CARGA DE DOENÇAS, COM PREDOMINÂNCIA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS, E UM SISTEMA FRAGMENTADO DE SAÚDE, VOLTADO PARA AS CONDIÇÕES AGUDAS

A SOLUÇÃO DO PROBLEMA:

O RESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA ENTRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE E UM SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE, VOLTADO PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS, O QUE EXIGE A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, COORDENADAS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FONTE: COMITE DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG (2003)

OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

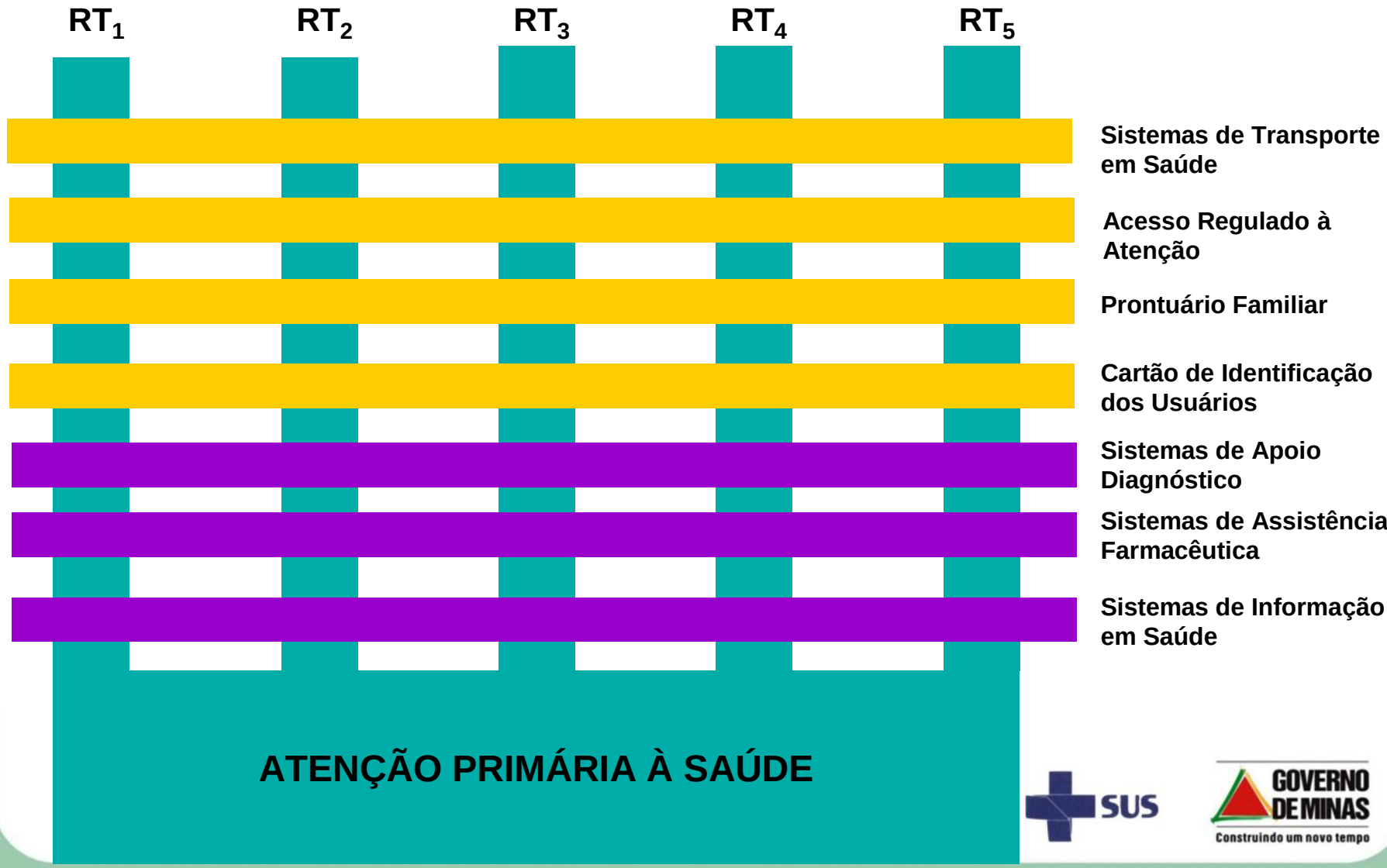
- A POPULAÇÃO
- A ESTRUTURA OPERACIONAL
- O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

FONTE: MENDES (NO PRELO)

SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE



SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PLANO ESTRATÉGICO DO GOVERNO DE MINAS GERAIS: O SAÚDE EM CASA

- **O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**
- **O PRONTUÁRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA DEVE ESTAR COERENTE COM AS NECESSIDADES DO PSF**
- **O PRONTUÁRIO DEVE SER FORMATADO PARA O TRABALHO EM EQUIPE, TENDO COMO FOCO A FAMÍLIA E OS INDIVÍDUOS QUE DELA FAZEM PARTE, RESIDENTES NO TERRITÓRIO DE RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**
- **O PRONTUÁRIO DEVE PERMITIR A CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS POR RISCOS SÓCIO-SANITÁRIOS**

FONTE: SHIMAZAKI (2007)

OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAUDE

- OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS
- OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

FONTE: MENDES (NO PRELO)

OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

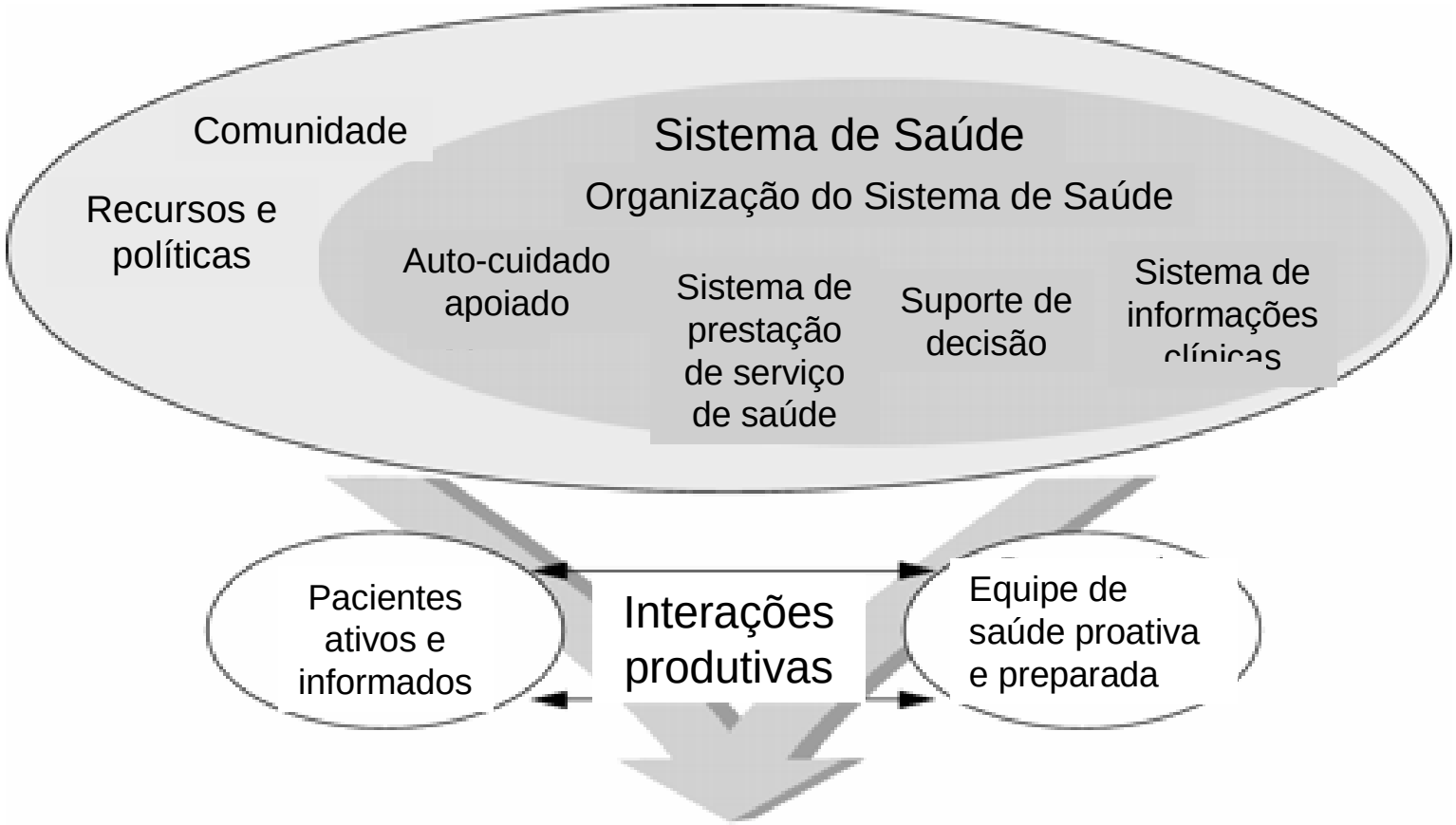
- O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA
- O MODELO DOS CUIDADOS INOVADORES PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DA OMS
- O MODELO DO CURSO DE VIDA DA NOVA ZELÂNDIA
- O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA EXPANDIDO DE BRITISH COLUMBIA
- O MODELO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E DE ATENÇÃO SOCIAL DO REINO UNIDO
- A PIRÂMIDE DA KAISER PERMANENTE

FONTES: WAGNER (1998); MINISTRY OF HEALTH (2001); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003); DEPARTMENT OF HEALTH (2005); SINGH & HAM (2006); PORTER (2007)

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

O MODELO DA ATENÇÃO CRONICA



FONTE: WAGNER (1998); DIREITO DE USO DA IMAGEM CONCEDIDO PELO AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

O DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA

- **REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**
- **IMPLANTAÇÃO DE UM COMITÊ DE 40 ESPECIALISTAS PARA REVISÃO E ACONSELHAMENTO EM CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **VISITAS DE CAMPO E ENTREVISTAS COM 72 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÕNICA**
- **PROJETOS PILOTOS NAS ÁREAS DE ATENÇÃO AO DIABETES, À DEPRESSÃO, ÀS ASMAS, ÀS ARTRITES, AOS IDOSOS E DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS**
- **REVISÃO ESTRUTURADA DO MODELO POR RENDERS (2001), WEINGARTEN (2002), BODENHEIMER(2002) E NORRIS (2002)**
- **APLICAÇÃO DO MODELO EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003)**

FONTE: DAVIS, C. – The care model. Seattle, Improving Chronic Illness Care, 2007

OS COMPONENTES DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

DESENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Utilização dos prontuários clínicos para elaboração e revisão do plano de cuidados de cada usuário e das ações de grupos
- Designação de tarefas e papeis de uma equipe multiprofissonal para organização e condução de reuniões de grupos de usuários
- Uso intensivo de visitas individuais e reuniões de grupos orientadas
- Definição de profissionais para monitoramento da atenção,incluindo utilização de telefone, e mails e visitas domiciliares
- Utilização de trabalhadores de saúde comunitários para atenção domiciliar

AUTOCUIDADO ORIENTADO

- Uso de instrumentos de autocuidado construídos com evidência de sua efetividade
- Estabelecimento de plano de autocuidado com metas de a serem atingidas, realizado conjuntamente pela equipe de saúde e os usuários
- Monitoramento do plano de autocuidado
- Capacitação dos profissionais de saúde para atuar no autocuidado orientado
- Uso intensivo de reuniões de grupos para estimular o autocuidado orientado
- Uso dos recursos comunitários para atingir as metas de autocuidado

RECURSOS COMUNITÁRIOS

- Estabelecimento de parcerias com organizações comunitárias
- Provisão de uma lista de recursos comunitários para os usuários e suas famílias

SISTEMA DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

- Implantação de registros em prontuários clínicos eletrônicos dos usuários
- Desenvolvimento de processos para utilização dos prontuários clínicos envolvendo pessoal para registrar as informações, assegurando a integridade dos dados e garantindo a manutenção do sistema
- Utilização dos prontuários clínicos para geração de alertas e feedbacks e instrumentos de monitoramento do plano de cuidados

SUPORTE PARA DECISÕES

- Institucionalização de diretrizes clínicas baseadas em evidências
- Educação permanente dos profissionais de saúde
- Educação em saúde dos usuários com base nas diretrizes clínicas
- Garantia do suporte de especialistas à equipe de atenção primária à saúde

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

- Introdução da atenção às condições crônicas no plano estratégico da organização
- Garantia do apoio dos líderes da organização para o modelo de atenção às condições crônicas
- Garantia da participação dos líderes no processo de aperfeiçoamento clínico

FONTE: WAGNER (1998)

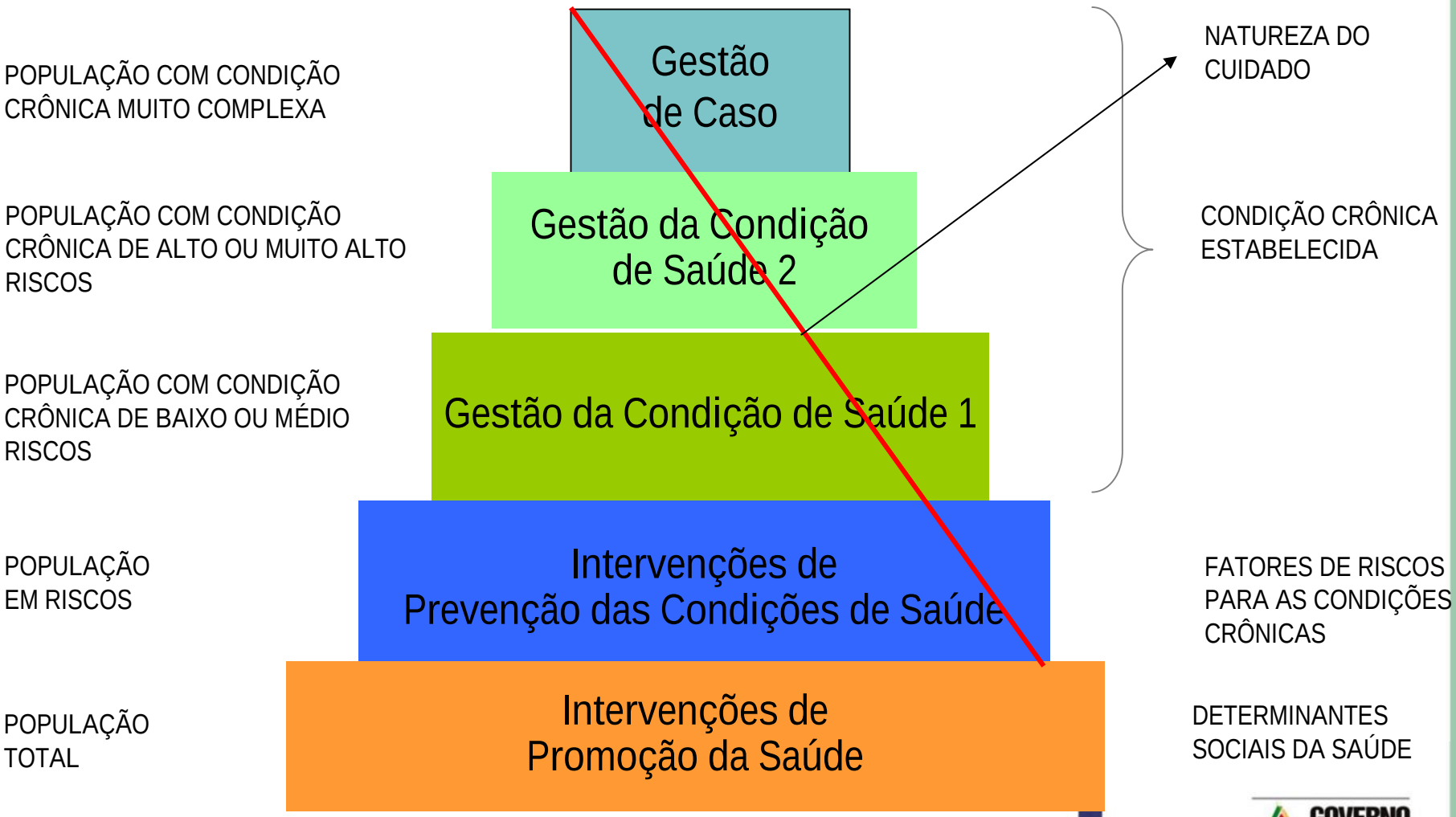
AS EVIDÊNCIAS SOBRE O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

- **EFEITO SINÉRGICO POSITIVO QUANDO OS DIFERENTES COMPONENTES DO MODELO SÃO COMBINADOS**
- **MAIOR SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**
- **MAIOR SATISFAÇÃO DAS EQUIPES PROFISSIONAIS**
- **MELHORES RESULTADOS CLÍNICOS**
- **QUANDO APLICADO COMO PARTE DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA CLÍNICA MELHORA A QUALIDADE DA ATENÇÃO**

FONTES: WAGNER et al., 2001; ENDICOTT et al., 2003; WELLIGHAM, 2003;CHIN et al., 2004; GROMEN et al., 2004; GONSET et al., 2004; OUWENS et al., 2005; SINGH (2006)

SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

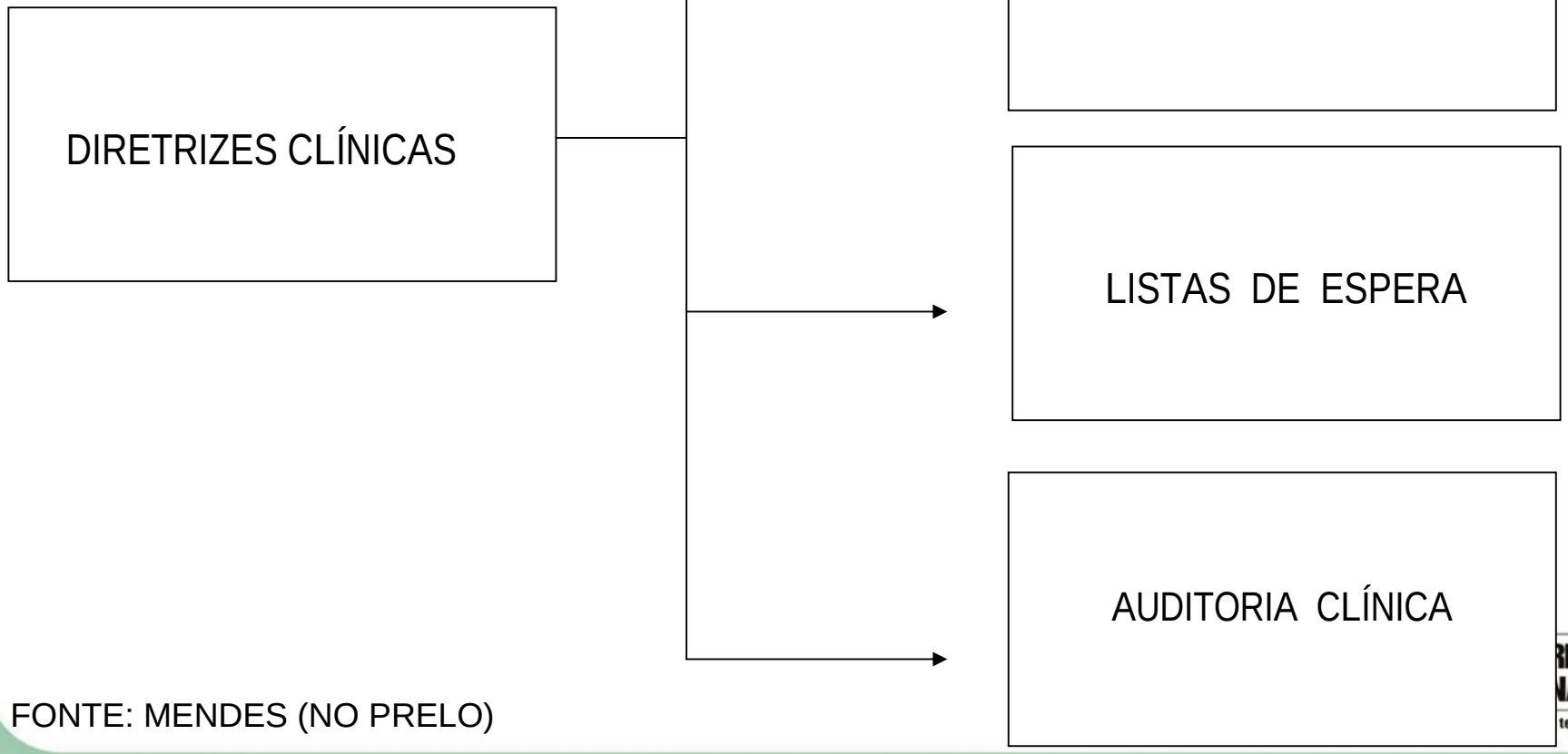


FONTE: MENDES (2007)

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

AS TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA



FONTE: MENDES (NO PRELO)

SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

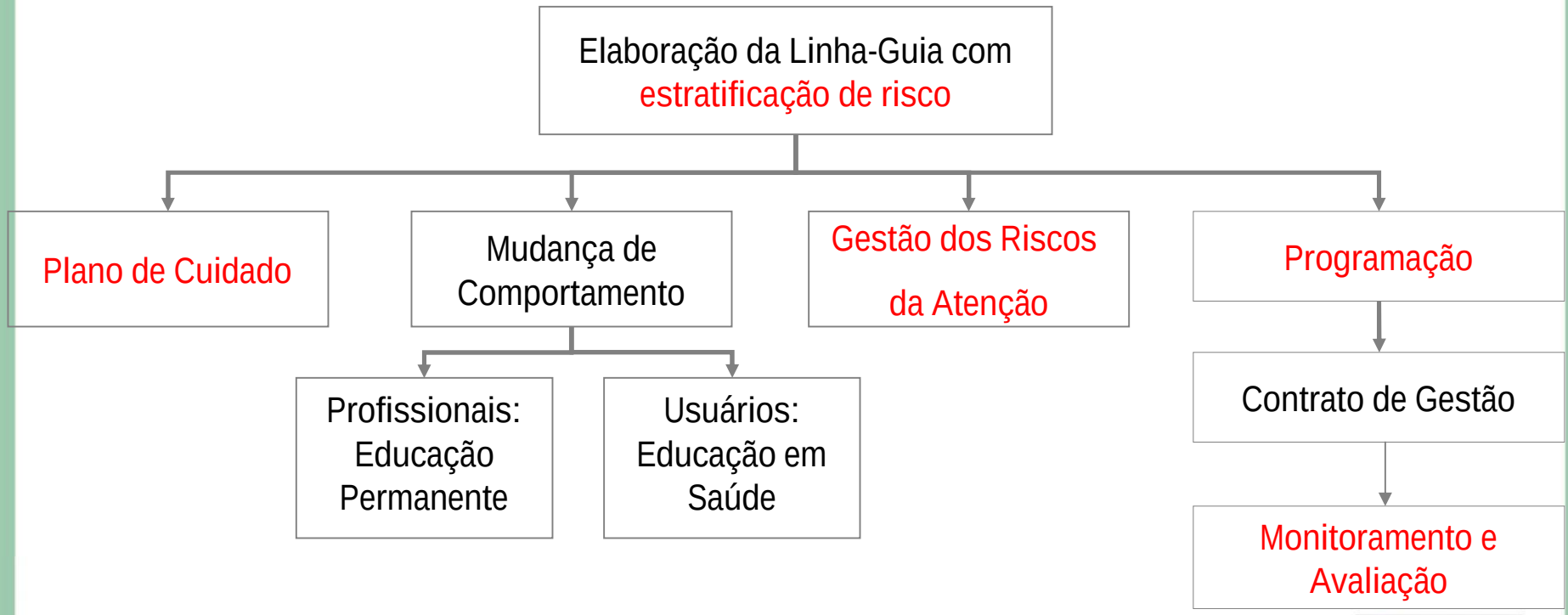
AS LINHAS-GUIA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

FONTE: GNAS/SAS/SESMG (2006)

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE



FONTE: MENDES (NO PRELO)

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

AS EVIDÊNCIAS SOBRE A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

HÁ EVIDÊNCIAS ROBUSTAS SOBRE O IMPACTO FAVORÁVEL DA GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE EM:

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Department of Health. National Service Framework for Coronary Heart Disease. HMSO, 2000.And Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. Eur Heart J 2002;23:139-46.And Knox D,.Mischke L. Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. J Cardiovasc Nurs 1999;14:55-74.And Stewart S, Blue L, Walker A, Morrison C, McMurray JJ. An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK; can we afford not to implement it? Eur Heart J 2002;23:1369-78.

DPOC E ASMA

Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med 2003;163:585-91.And Morrison DS,.McLoone P. Changing patterns of hospital admission for asthma, 1981-97. Thorax 2001;56:687-90.And Baker D, Middleton E, Campbell S. The impact of chronic disease management in primary care on inequality in asthma severity. J Public Health Med 2002;25:258-60.And Naish J, Sturdy P, Griffiths C, Toon P. Appropriate prescribing in asthma. BMJ 1995;310:1472.And Barbanel D, Eldridge S, Griffiths C. Can a self-management programme delivered by a community pharmacist improve asthma control? A randomised trial. Thorax 2003;58:851-4.And Griffiths C, Foster G, Barnes N, Eldridge S, Tate H, Begum S et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA) [In Process Citation]. BMJ 2004;328:144.

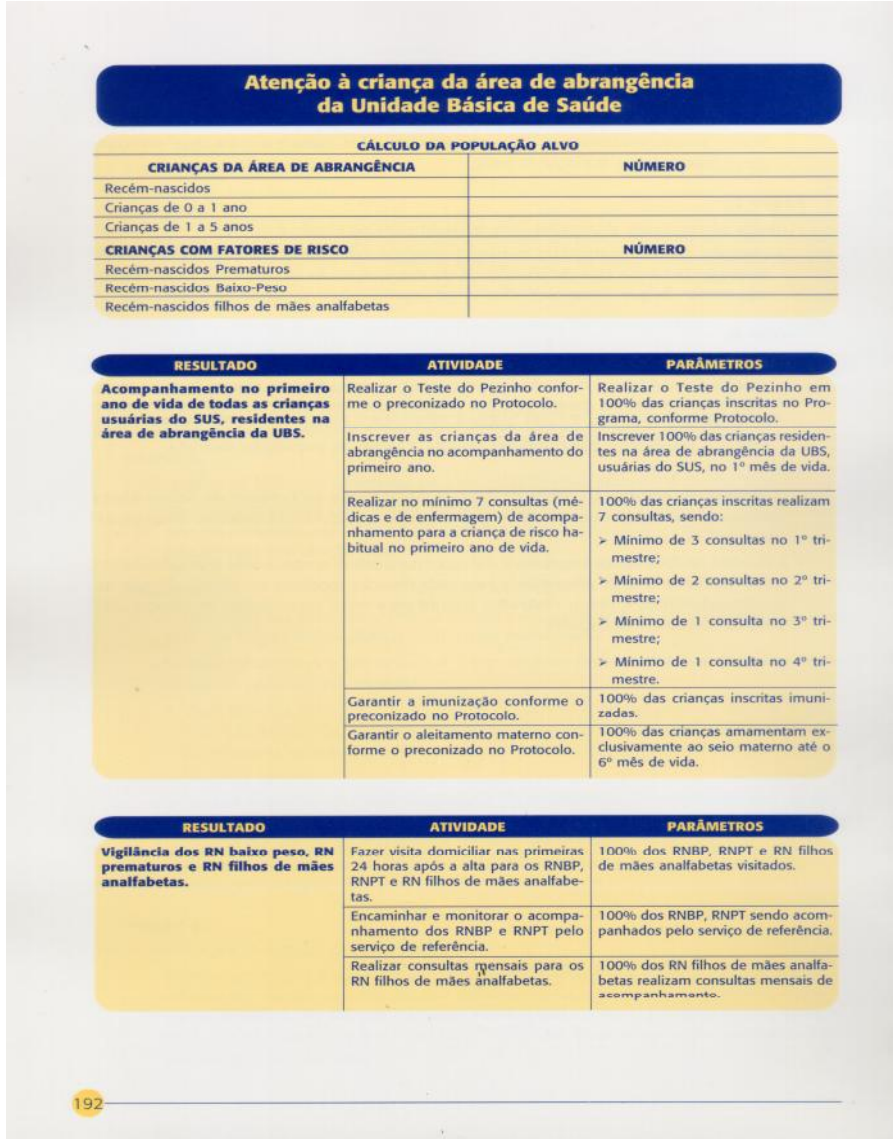
DIABETES

Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001;CD001481.And Sidorov J, Gabbay R, Harris R, Shull RD, Girolami S, Tomcavage J et al. Disease management for diabetes mellitus: impact on hemoglobin A1c. Am J Manag Care 2000;6:1217-26.And Sidorov J, Shull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. Diabetes Care 2002;25:684-9.And Vrijhoef HJ, Spreeuwenberg C, Eijkelberg IM, Wolffenbuttel BH, van Merode GG. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. BMJ 2001;323:983-5.

DEPRESSÃO

Oslin DW, Sayers S, Ross J, Kane V, Ten Have T, Conigliaro J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. Psychosom Med 2003;65:931-7.And Coyne JC, Brown G, Datto C, Bruce ML, Schulberg HC, Katz I. The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study. Int J Geriatr Psychiatry 2001;16:570-6.And Scott J, Thorne A, Horn P. Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. BMJ 2002;325:951-4.And Roberts K, Cockerham TR, Waugh WJ. An innovative approach to managing depression: focus on HEDIS standards. J Healthc Qual 2002;24:11-64.

A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DA LINHA-GUIA



Atenção à criança da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde

CÁLCULO DA POPULAÇÃO ALVO

CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	NÚMERO
Recém-nascidos	
Crianças de 0 a 1 ano	
Crianças de 1 a 5 anos	
CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO	**NÚMERO**
Recém-nascidos Prematuros	
Recém-nascidos Baixo-Peso	
Recém-nascidos filhos de mães analfabetas	

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
Acompanhamento no primeiro ano de vida de todas as crianças usuárias do SUS, residentes na área de abrangência da UBS.	Realizar o Teste do Pezinho conforme o preconizado no Protocolo.	Realizar o Teste do Pezinho em 100% das crianças inscritas no Programa, conforme Protocolo.
	Inscrever as crianças da área de abrangência no acompanhamento do primeiro ano.	Inscrever 100% das crianças residentes na área de abrangência da UBS, usuárias do SUS, no 1º mês de vida.
	Realizar no mínimo 7 consultas (médicas e de enfermagem) de acompanhamento para a criança de risco habitual no primeiro ano de vida.	100% das crianças inscritas realizam 7 consultas, sendo: ➢ Mínimo de 3 consultas no 1º trimestre; ➢ Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre; ➢ Mínimo de 1 consulta no 3º trimestre; ➢ Mínimo de 1 consulta no 4º trimestre.
	Garantir a imunização conforme o preconizado no Protocolo.	100% das crianças inscritas imunizadas.
	Garantir o aleitamento materno conforme o preconizado no Protocolo.	100% das crianças amamentam exclusivamente ao seio materno até o 6º mês de vida.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
Vigilância dos RN baixo peso, RN prematuros e RN filhos de mães analfabetas.	Fazer visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta para os RNBP, RNPT e RN filhos de mães analfabetas.	100% dos RNBP, RNPT e RN filhos de mães analfabetas visitados.
	Encaminhar e monitorar o acompanhamento dos RNBP e RNPT pelo serviço de referência.	100% dos RNBP, RNPT sendo acompanhados pelo serviço de referência.
	Realizar consultas mensais para os RN filhos de mães analfabetas.	100% dos RN filhos de mães analfabetas realizam consultas mensais de acompanhamento.

192

FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (2003)

SUS

GOVERNO DE MINAS
Construindo um novo tempo

UMA REFLEXÃO FINAL:

"PROBLEMAS COMPLEXOS EXIGEM
SOLUÇÕES COMPLEXAS E SISTÊMICAS"

FONTE: MENDES (2007)