CURITIBA

PREFEITURA DA CIDADE

Secretaria da Saúde

LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES SOBRE O MODELO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS DE CURITIBA

10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

Porto Alegre, 2012

CONASS
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde

PUCPR
GRUPO MARISTA

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Estrutura da apresentação :

1. A Saúde em Curitiba
2. Modelo de Atenção às Condições Crônicas
3. A Pesquisa Avaliativa

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Curitiba

- Capital do Paraná
- 1.751.907 habitantes em 2010 (IBGE, 2010)
- Área de 432,17 Km^2
- 26 municípios da região metropolitana

Curitiba

Rede Municipal de Saúde

Criada em 1986, gestão plena em 1996

136 Equipamentos de Saúde

- **50 UBS**
- **55 UBS com ESF**
- **8 CMUMs**
- **4 Complexas**
- **7 Especializadas**
- **10 CAPS**
- **1 Hospital Municipal**
- **1 Laboratório Municipal**
- **29 NAAPS**
- **3 ambulatórios especializados nas Escolas de Educação Especial**
- **8 CMAES**

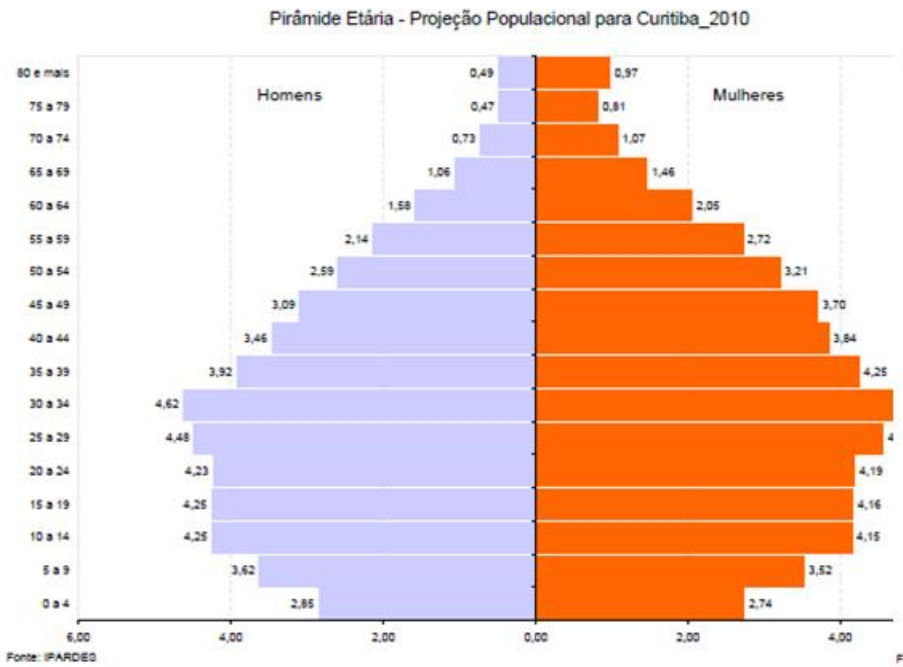
Rede Municipal de Saúde

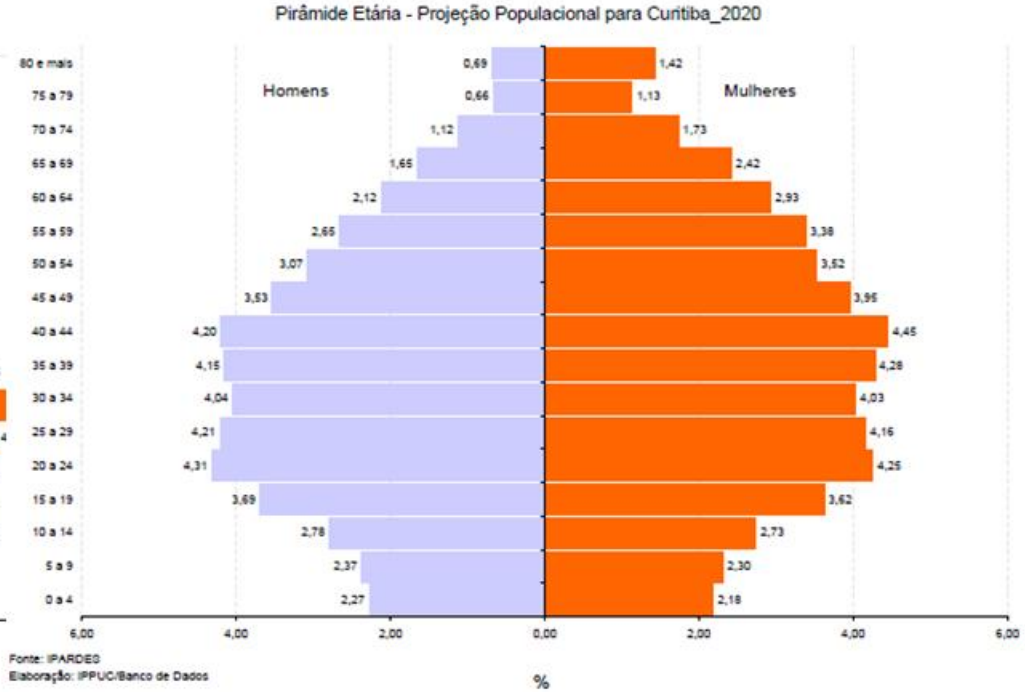
- 1.140 Médicos
- 763 Enfermeiros
- 607 Dentistas
- 2.558 Aux.de Enfermagem
- **Total 7.108***

Equipe Multiprofissional, Profissionais Próprios/Concursados

Pirâmide Etária

(estimativa IPARDES 2010 e 2020)



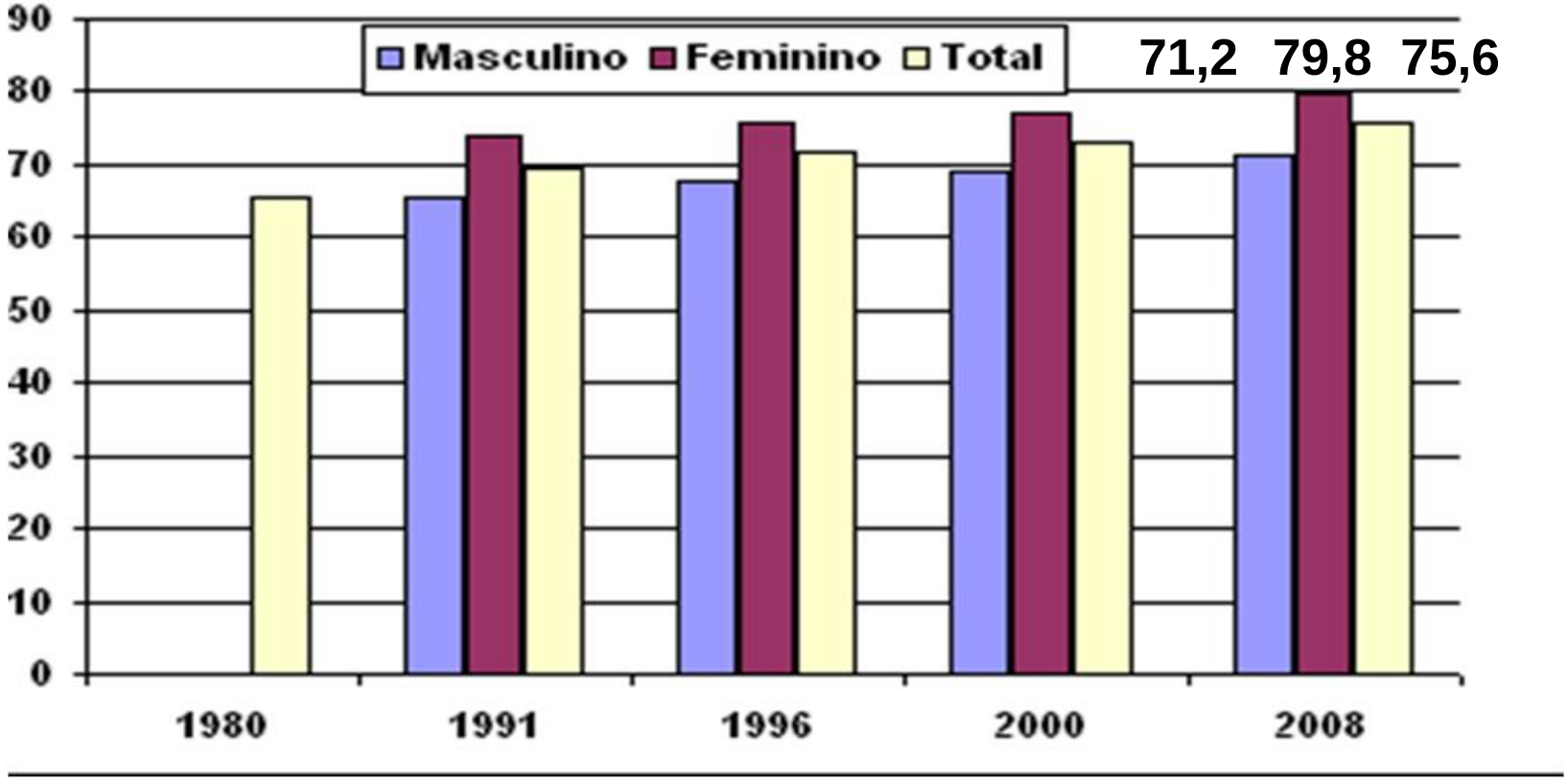


- **Crescimento populacional de 1,7% ao ano (1999 – 2009)**
- **População de idosos cresceu numa taxa de 5,8% ao ano**
  - **Em 2010 - 11,3%**
  - **Em 2020 - 16%**

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

1980 a 2008

Esperança de Vida ao Nascer

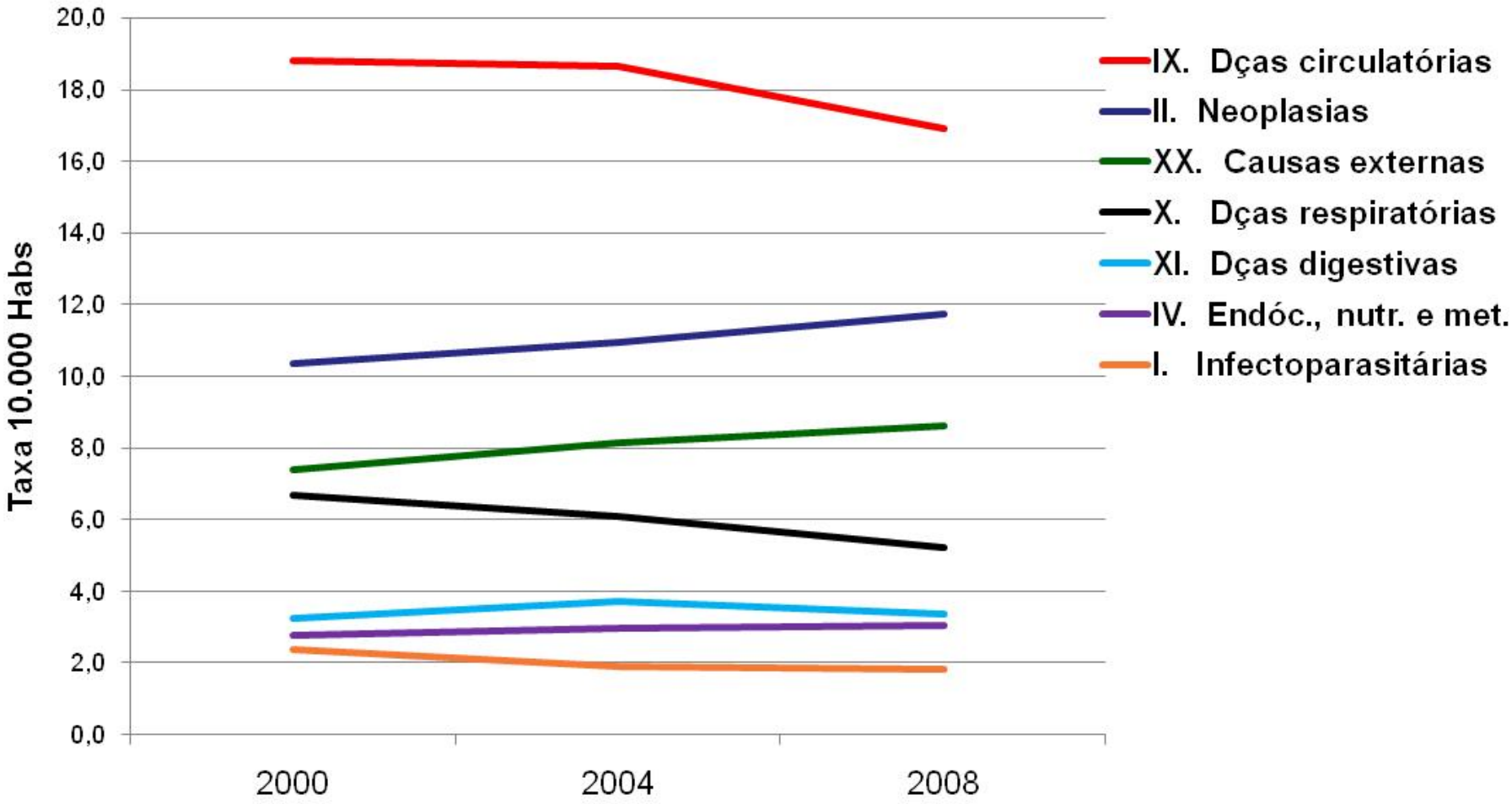


As mulheres apresentam uma sobrevida de 8 anos em relação à esperança de vida masculina

Fonte:SMS/CE

Principais Causas de Mortalidade

CID-10 (Curitiba - 2000, 2004 e 2008)



Fonte:SMS/CE

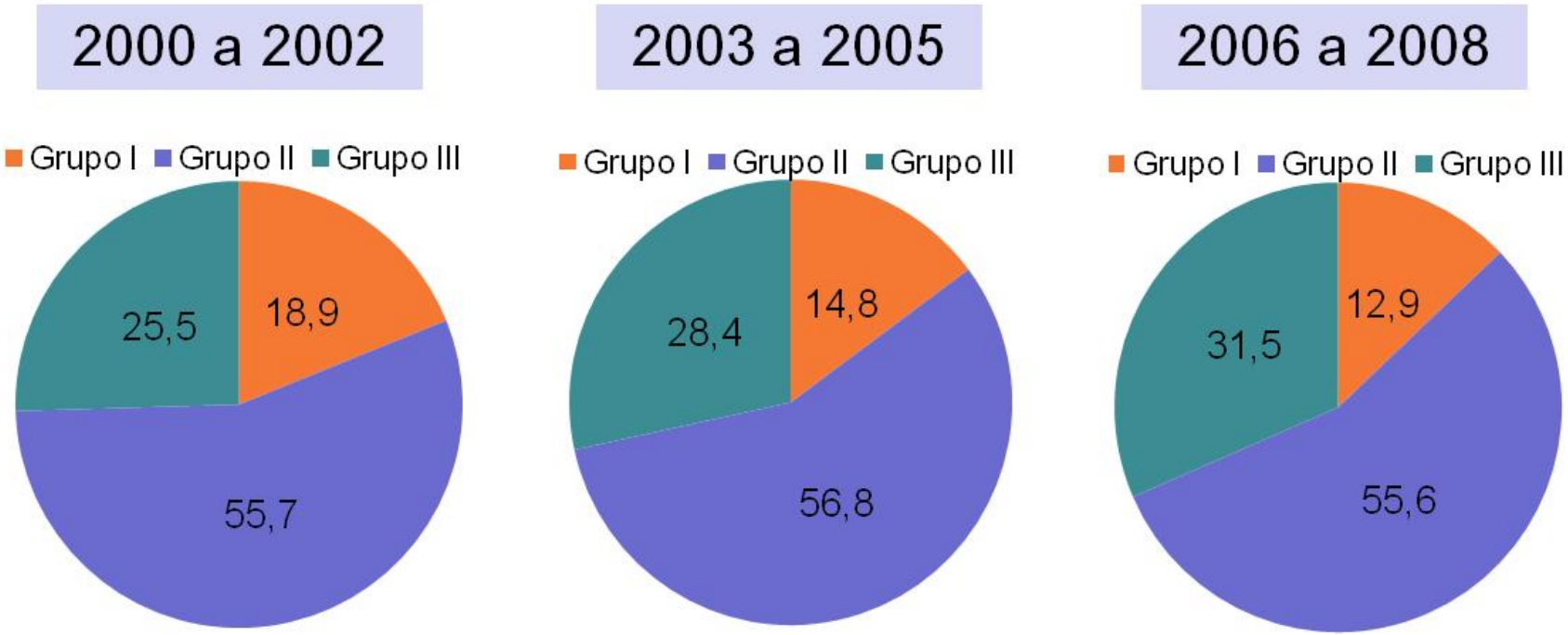
Principais causas de internação por grupos do CID-10 (Curitiba, 2000, 2004 e 2009)

Capítulo CID-10	2000	2004	2009
IX. Doenças aparelho circulatório	**10453**	**11011**	**11505**
V. Transtornos mentais e comportamento	**11089**	**10729**	**10027**
X. Doenças aparelho respiratório	11955	8488	9676
XIX. Lesões / causas externas	7424	8742	11634
XI. Doenças aparelho digestivo	11260	7952	8207
II. Neoplasias	5108	8041	6003
XIV. Doenças aparelho geniturinário	7599	5270	5262
Outros	47814	43958	49037
Total	**112702**	**104191**	**111351**

Fonte:SMS/CE

*** Excluídos o grupo gravidez, parto e puerpério**

Proporção de Anos Potenciais de Vida Perdidos* (Curitiba - triênios 2000 a 2008)



REDUÇÃO DO GRUPO I – Infectoparasitárias, maternas, perinatais e nutricionais

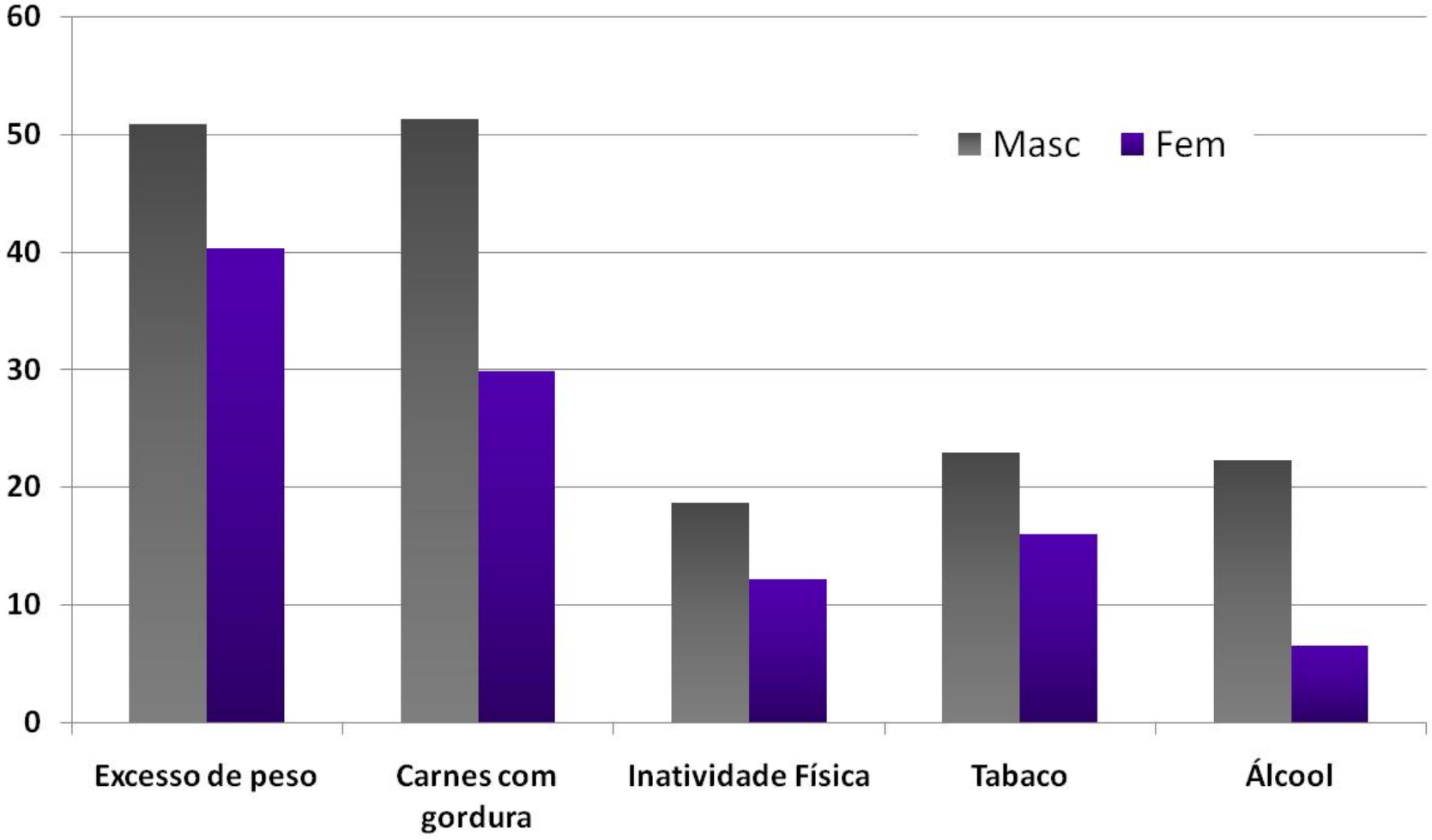
MANUTENÇÃO DO GRUPO II – Não transmissíveis

CRESCIMENTO DO GRUPO III – Acidentes e violências

(*Anos perdidos por morte prematura em relação à esperança de vida ideal - 80,0 anos p/ homens e 82,5 anos p/mulheres)

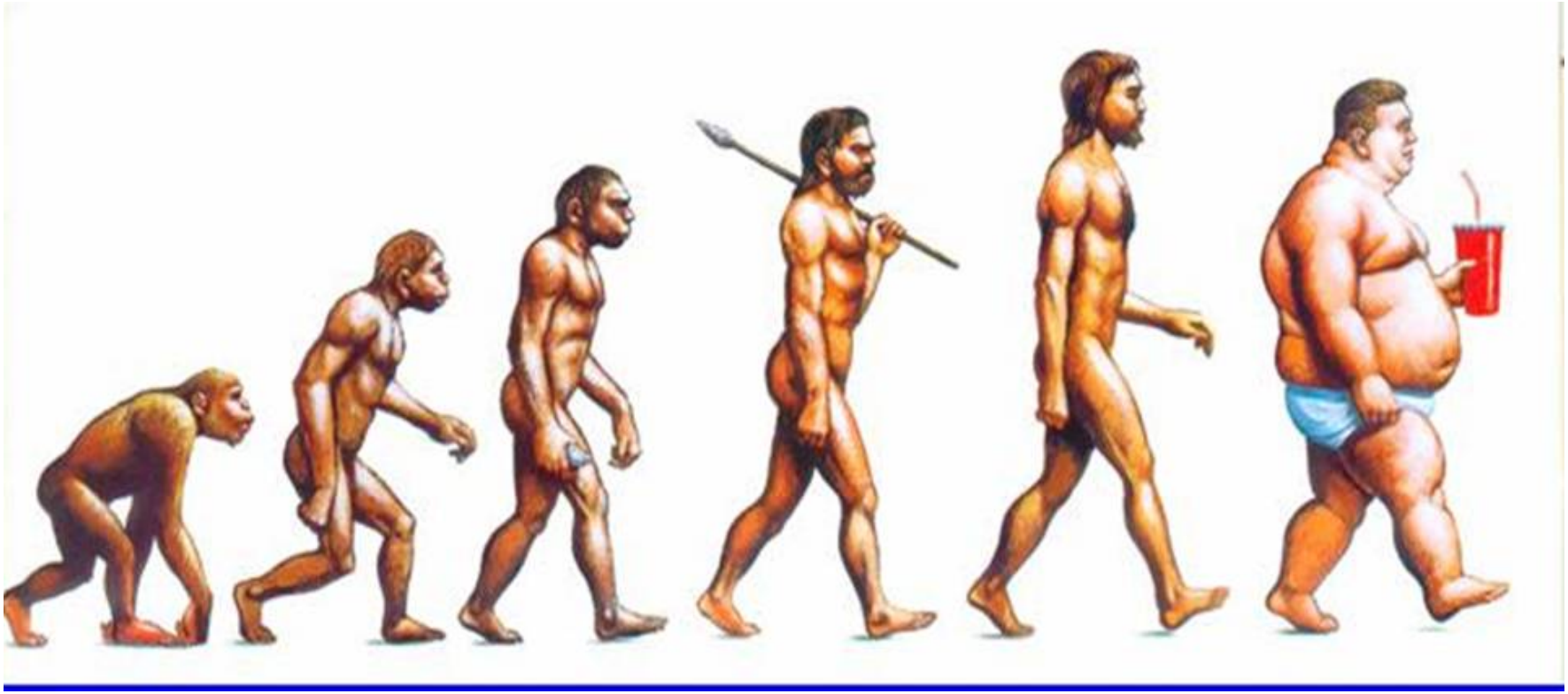
VIGITEL - 2009

Fatores de Risco para DCNT



Fonte:VIGITEL 2009

Estilo de Vida



O que a natureza demorou milhões de anos para fazer...

...os homens mudaram em 20 anos.

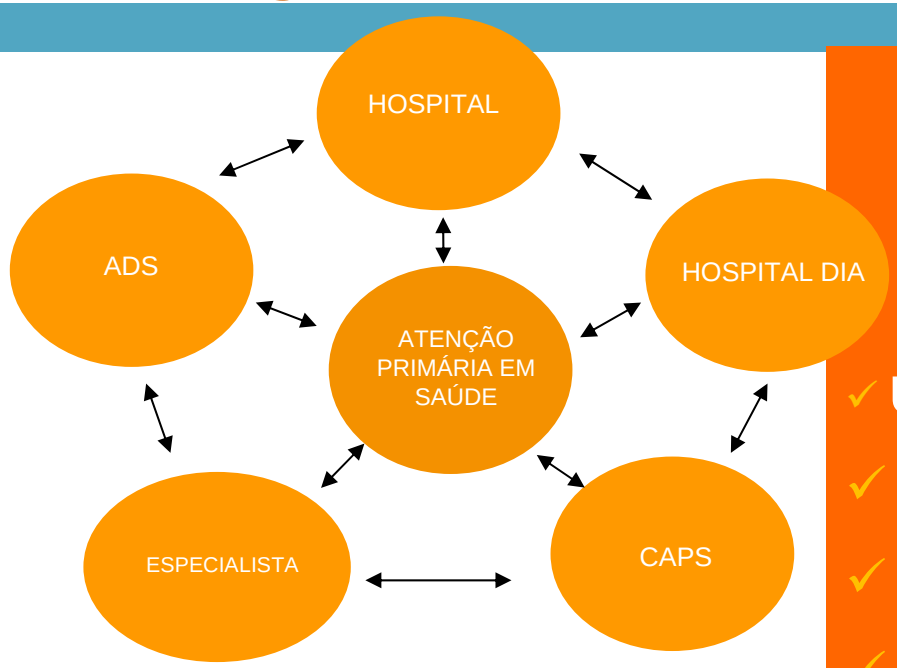
CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Conclusões

- **Aumento da expectativa de vida**
- **Tripla carga de doenças com predomínio das DCNT**
- **Impacto das doenças/agravos na qualidade de vida - incapacidades**
- **Estilo de vida como determinante proximal do processo saúde-doença**

Necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, especialmente na atenção às condições crônicas

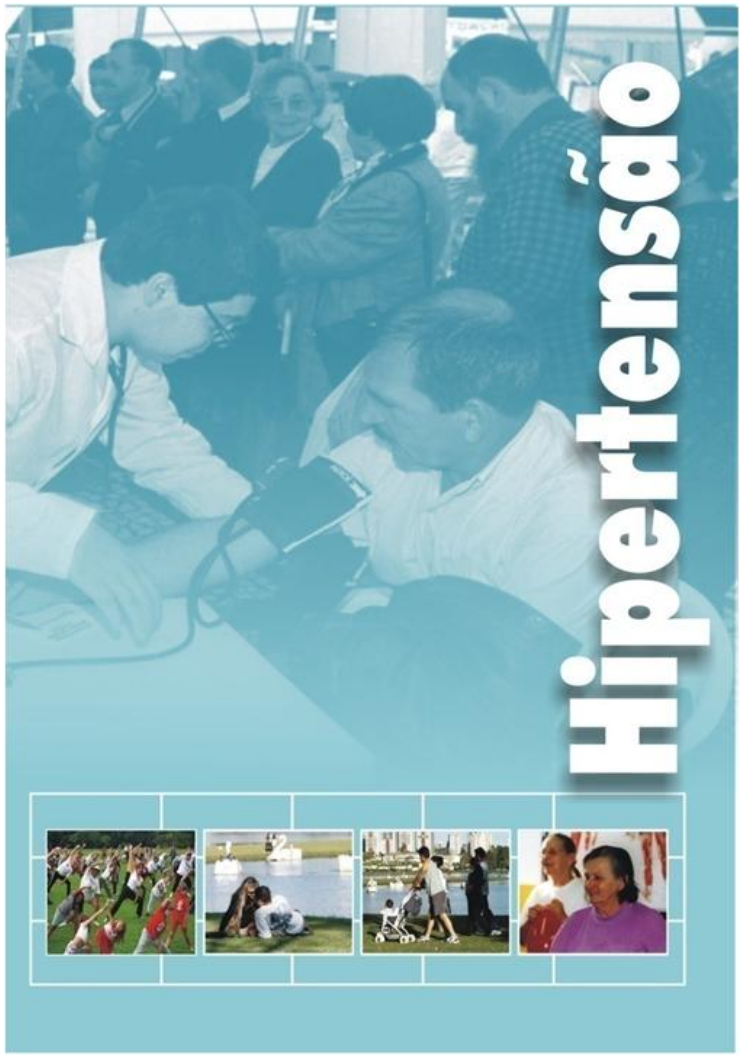
Rede Integrada de Pontos de Atenção à Saúde

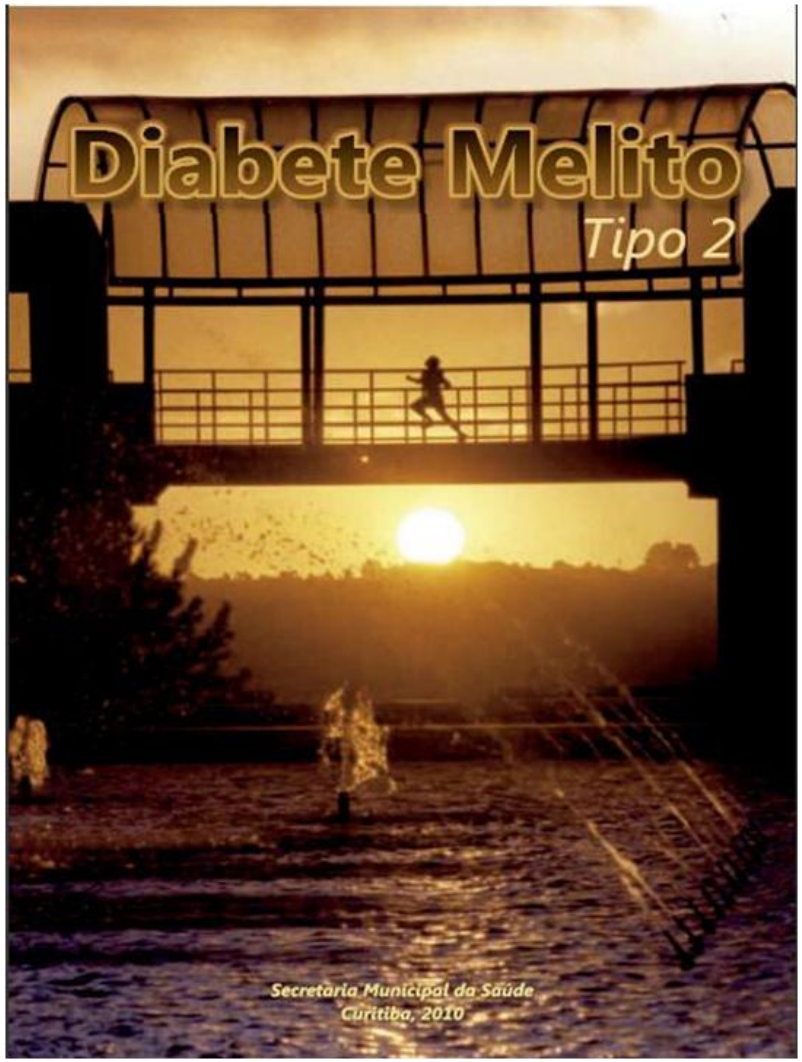


- ✓ **UBS como porta de entrada**
- ✓ **Territorialização**
- ✓ **Cadastramento**
- ✓ **Atenção primária como ordenadora do cuidado**
- ✓ **Vigilância à saúde**
- ✓ **Integração dos pontos de atenção**
- ✓ **Sistema prontuário eletrônico**

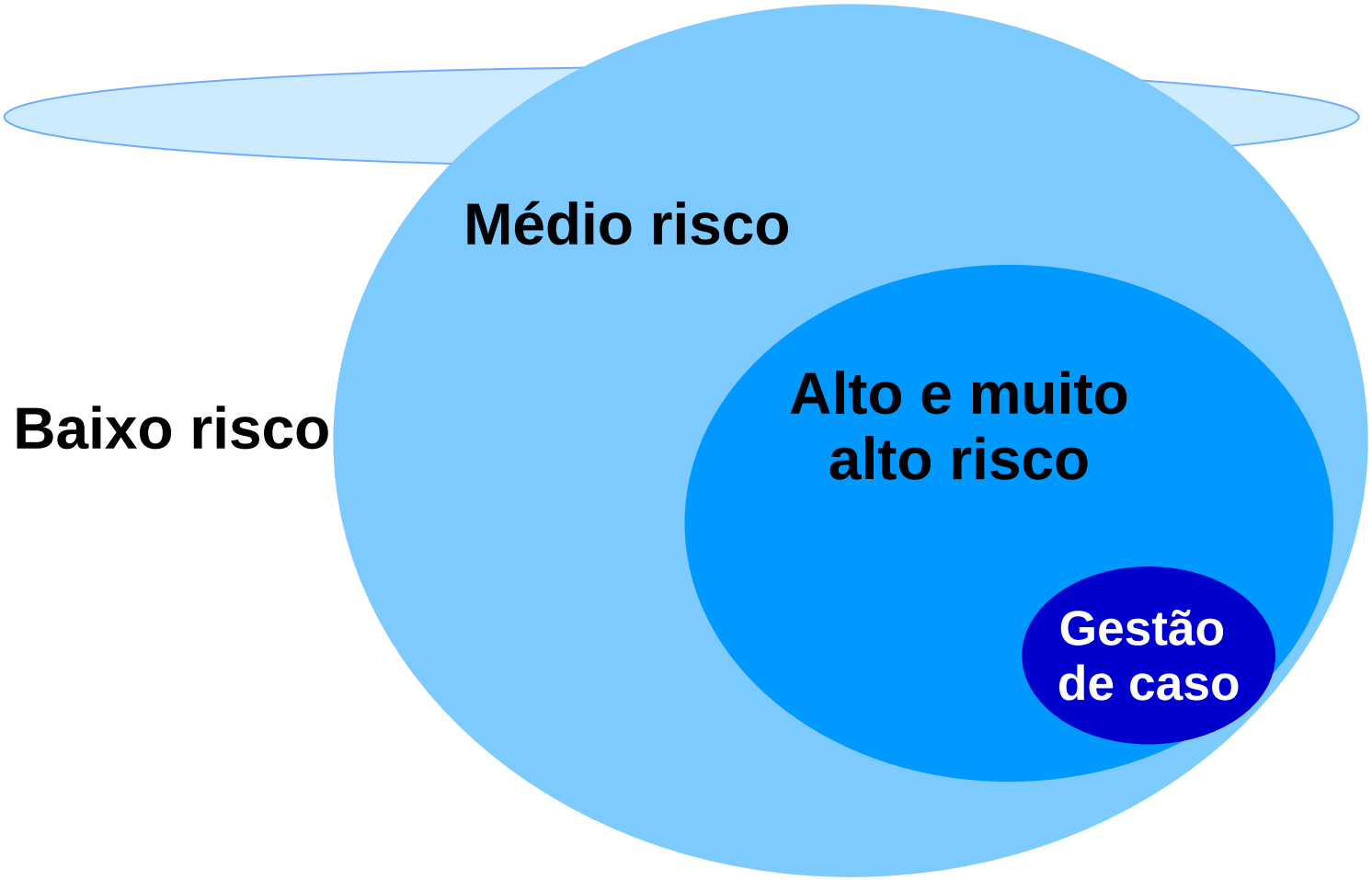
CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Gestão da Clínica – Diretrizes





Atenção Baseada no Risco



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AO DIABETE MELITO TIPO 2	
RISCO BAIXO	Pessoa com glicemia de jejum alterada ou intolerância à sobrecarga de glicose
RISCO MÉDIO	Pessoa com diabete melito e: Controle metabólico e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas
RISCO ALTO	Pessoa com diabete melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados OU Controle metabólico e pressórico adequados mas com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou complicações crônicas
RISCO MUITO ALTO	Pessoa com diabete melito e: Controle metabólico e pressórico inadequados + Internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou Complicações crônicas

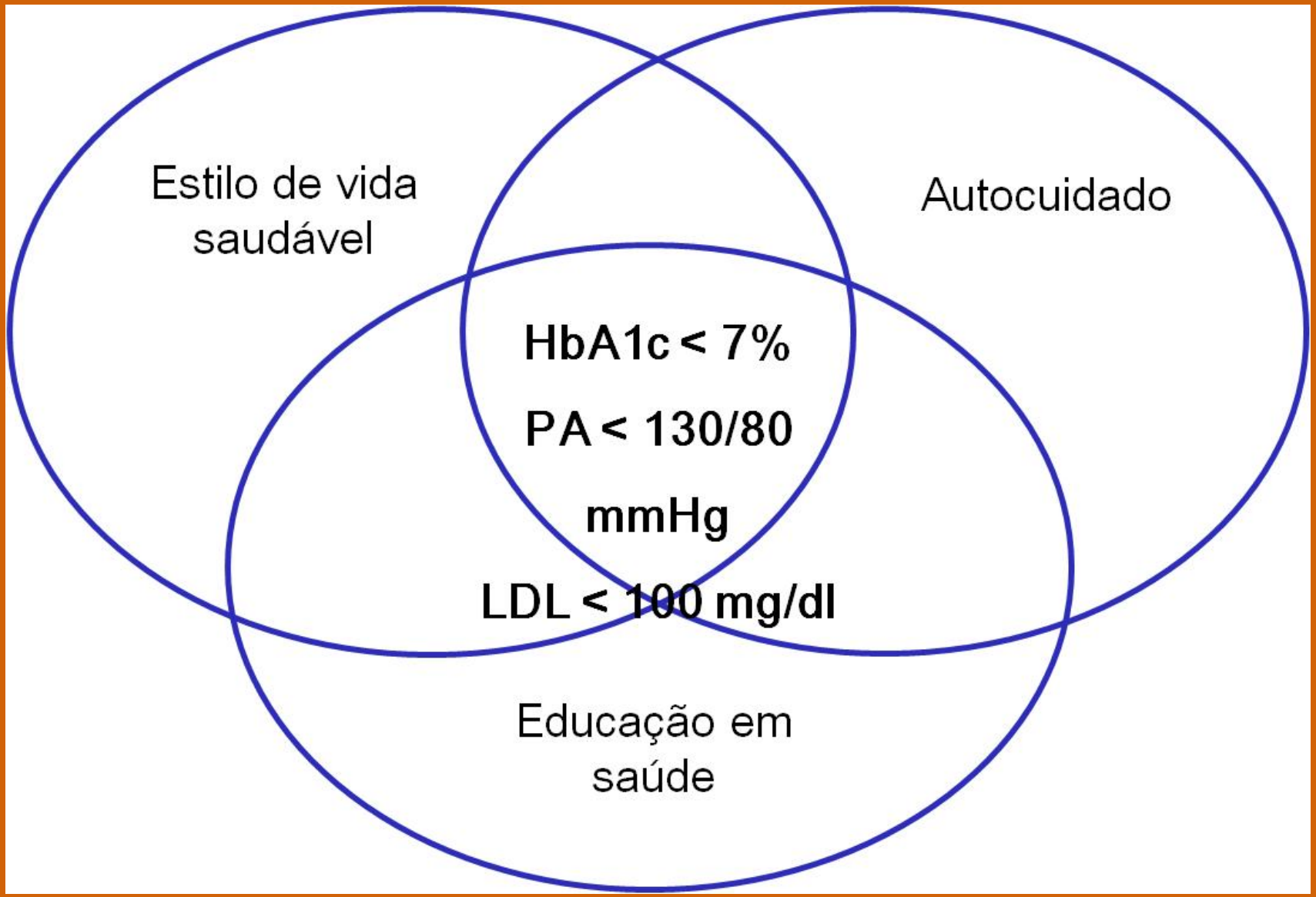
Atenção Baseada no Risco

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL NA PESSOA COM HAS	
RISCO	**CRITÉRIOS**
BAIXO	escore de *Framingham* < 10% em pessoas com HAS **sem** lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas
MÉDIO	escore de *Framingham* de 10% a 20% em pessoas com HAS **sem** lesão em órgãos-alvo identificadas e condições clínicas associadas
ALTO	escore de *Framingham* > 20% **e/ou** lesão em órgãos-alvo identificadas mas **sem** condições clínicas associadas
MUITO ALTO	Pessoas com HAS e condições clínicas associadas, independente do escore de *Framingham*

Atenção Baseada no Risco

Atenção Baseada no Risco

Periodicidade das avaliações programadas na UBS				
Risco	Avaliação			
	médica	enfermeiro	auxiliar de enfermagem	cirurgião dentista
Baixo	anual	-	anual	-
Médio	semestral	anual	trimestral	anual
Alto	quadrimestral	semestral	bimestral	anual
Muito alto	trimestral	quadrimestral	trimestral	anual



Atenção Baseada em Metas

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Atenção Focada nas Metas da Atenção

INDICADOR	OBJETIVOS E METAS	PERIODICIDADE E ORIENTAÇÕES
CONTROLE GLICÊMICO	Glicemia: jejum e pré-prandial < 110 mg/dL pós-prandial < 140 mg/dL	6 a 12 semanas (glicemia de jejum e HbA1c) até controle glicêmico e após o mesmo, semestral A glicemia pré e pós-prandial (capilar) pode ser realizada na UBS ou no domicílio (quando em uso de insulina)
	HbA1c < 7%	
PRESSÃO ARTERIAL	< 130/80 mmHg	Todas as avaliações de saúde
CONTROLE LIPÍDICO	Colesterol total < 200 mg/dL LDL-col < 100 mg/dL HDL-col > 45 mg/dL Triglicerídeos < 150 mg/dL	2 em 2 anos – idade < 40 anos, sem fator de risco cardiovascular (FRCV) e dislipidemia Anual - idade > 40 anos, com FRCV ou dislipidemia (após controle lipídico) Para maiores de 40 anos ou dislipidemia ou FRCV associados: iniciar AAS 100 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia (à noite) na ausência de contraindicações

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

(2002)

Contratos de Gestão

Objetivos

- Responsabilizar os gestores locais e equipes
- Tomar decisões com base em resultados
- Aprimorar o planejamento/monitoramento/avaliação
- Criar uma cultura contratual com base na parceria e negociação de metas
- Transparência ao controle social / compartilhar responsabilidade

Plano Operativo Anual - POA

Indicadores selecionados

- **Plano Municipal de Saúde**
- **Programação Anual**
- **Diretrizes Clínicas (planilhas de programação)**
- **Programações Pactuadas (Pacto pela Saúde - Contrato de Gestão Municipal)**
- **Sistema Informatizado**

PLANO OPERATIVO ANUAL

7 - CONDIÇÕES CRÔNICAS (HIPERTENSÃO E DIABETES)
7.1- Cobertura de inscrição de hipertensos da área de abrangência
7.2- Concentração de consultas médicas/enfermeiro + atend. Enfermagem para Hipertensos de Baixo Risco
7.3- Concentração de consultas médicas/enfermeiro + atend. Enfermagem para Hipertensos de Médio Risco
7.4- Concentração de consultas médicas/enfermeiro + atend. Enfermagem para Hipertensos de Alto Risco
7.5- Concentração de consultas médicas/enfermeiro + atend. Enfermagem para Hipertensos de Muito Alto Risco
7.6- Análise do perfil de hipertensos inscritos nas US segundo estratificação do risco
7.7- Cobertura de inscrição de diabéticos da área de abrangência da US
7.8- Análise do perfil de diabéticos inscritos nas US , segundo estratificação risco
7.9- Solicitação exames de hemoglobina glicada para diabéticos tipo 2 inscritos no Programa, de acordo com a Diretriz

81 indicadores – revisados anualmente

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Termos de Compromisso de Gestão

Secretaria Municipal da Saúde

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO

Modelo contrato

Termo de Compromisso que entre si celebram o **Distrito Sanitário .....** e a **Unidade Básica de Saúde .....** para os fins que nele se declaram.

O ***Distrito Sanitário .....***, estabelecido à *Rua* ..... - ....., na Rua da Cidadania, no ....., representado por sua Supervisora ....., e a Unidade Básica de Saúde ....., sita à Rua ....., ..., no bairro ....., representada pela sua Autoridade Sanitária Local, ..., tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal/88, as leis n° 8.080/90 e 8.142/90, a NOB 01/96 e a NOAS 01/01, as deliberações da Prefeitura Municipal de Curitiba, da Secretaria Municipal da Saúde quanto a seu processo de desenvolvimento institucional, e o Plano Municipal de Saúde, resolvem firmar o presente termo, mediante o disposto nas seguintes cláusulas:

Premissas

São premissas básicas para a celebração deste termo de compromisso, o respeito à vida, à cidadania e ao bem público, a vinculação aos princípios do SUS e ao modelo de gestão de Sistema Integrado de Serviços de Saúde, a busca da excelência para todas as ações, a busca constante de aprimoramento do corpo funcional da instituição.

Cláusula primeira - do objeto

Constitui-se objeto deste termo a formalização de compromissos de gestão, regulando a relação entre o Distrito Sanitário .....e a Unidade Básica de Saúde ....., visando a parceria, a negociação, a transparência, a responsabilização mútua e a viabilidade técnica, política e financeira das ações prestadas à população de Curitiba, através da Unidade de Saúde.

Cláusula segunda - da vigência

nas bases de pactuação.

Cláusula quinta – das deliberações finais

A forma e o conteúdo do presente termo poderão ser alterados, após consenso das instâncias envolvidas e aprovação do Corpo Diretivo, desde que as alterações sejam aplicáveis a todos os Distritos Sanitários de Saúde da SMS de Curitiba.

E, por estarem acordados, as partes firmam o presente instrumento, em três vias de igual teor, que vão também assinadas por duas testemunhas, membros do Conselho Distrital de Saúde, para declararem ciência dos compromissos assumidos entre elas.

Curitiba, 02 de janeiro de 2008.

Secretário Municipal da Saúde

Supervisora do Distrito Sanitário de Santa Felicidade

1ª Testemunha
(Conselheiro do Conselho Distrital de Saúde)

2ª Testemunha
(Conselheiro do Conselho Distrital de Saúde)

ANEXO1 – Indicadores Pactuados e Monitorados no Plano Operativo Distrital

Assinatura Anual

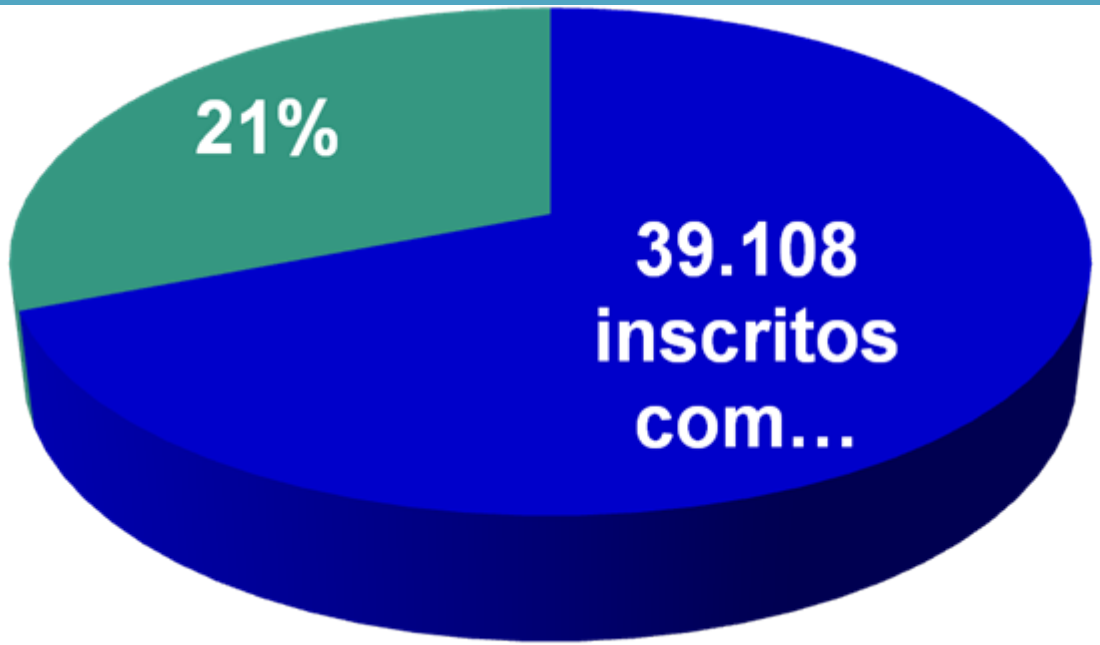
Compromisso moral, sem efeito jurídico-legal

Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade - IDQ

- ✓ **Baseado em quatro instrumentos – autoavaliação, avaliação do gestor, satisfação do usuário e avaliação da Unidade de Saúde**
- ✓ **Alcance de 80% ou mais**
- ✓ **Avaliação trimestral e pagamento mensal**

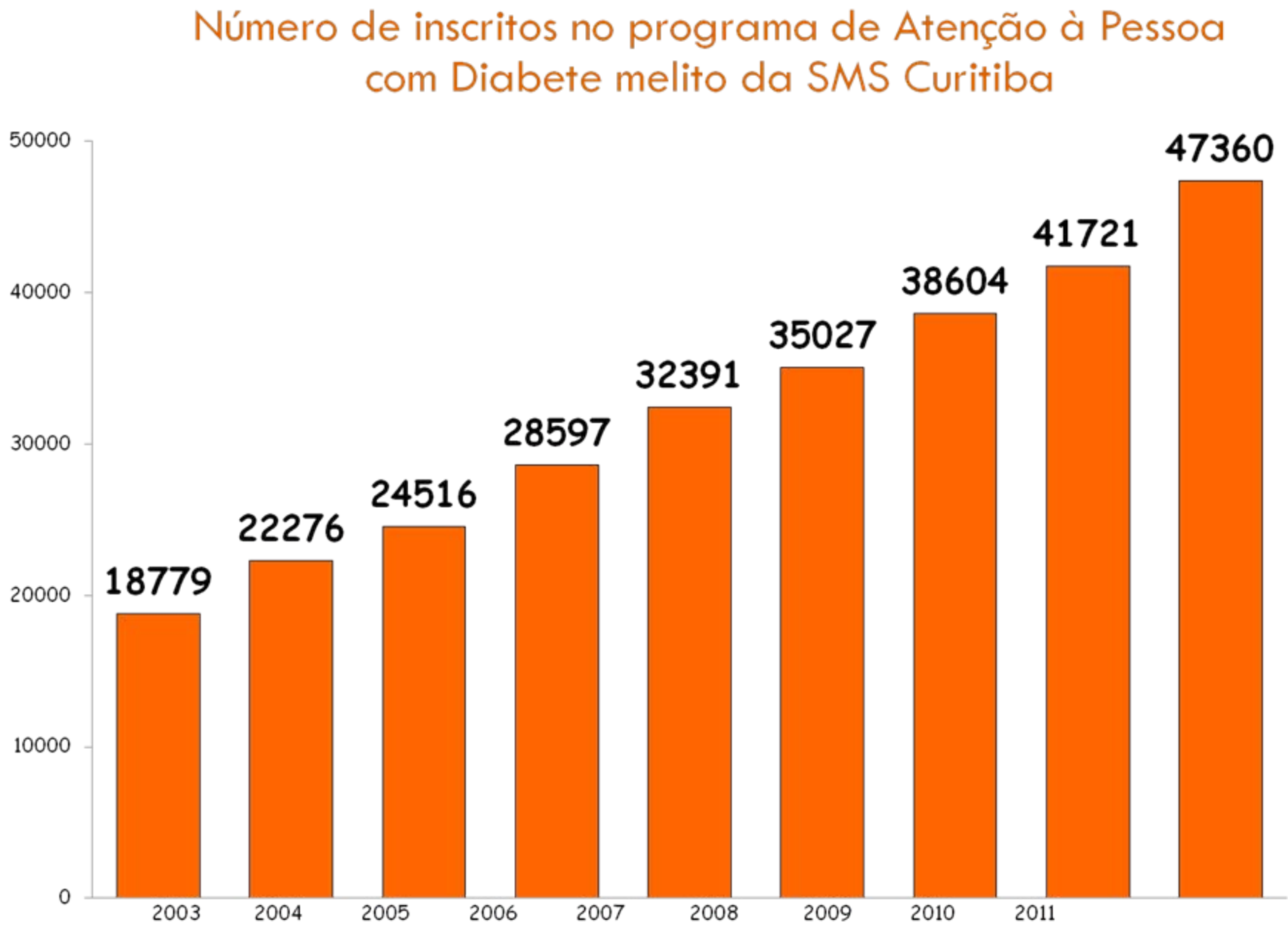
Planilha de Avaliação da Unidade de Saúde – IDQ 18 dos 81 indicadores do POA + 3 indicadores administrativos	
SAÚDE DO ADULTO	
Realizar exames de hemoglobina glicada para diabéticos tipo 2 inscritos no Programa, de acordo com a pactuação no POA	5
Garantir consulta médica/enfermeiro para hipertensos muito alto risco inscritos no Programa, de acordo com a pactuação do POA	5

Cobertura do Programa de DM2



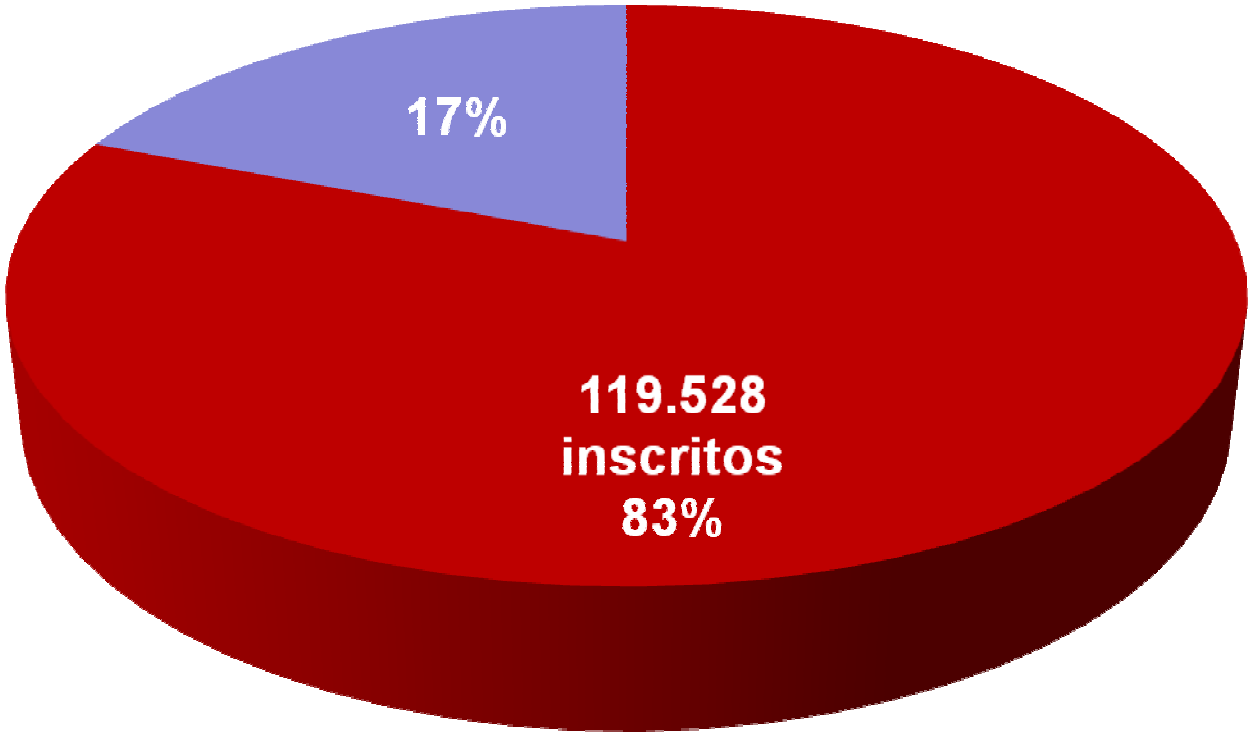
População estimada com DM2 (11% > 40 anos) e usuária do SUS (70%) = 49.657 pessoas

53 % com mais de 60 anos e 39% de homens



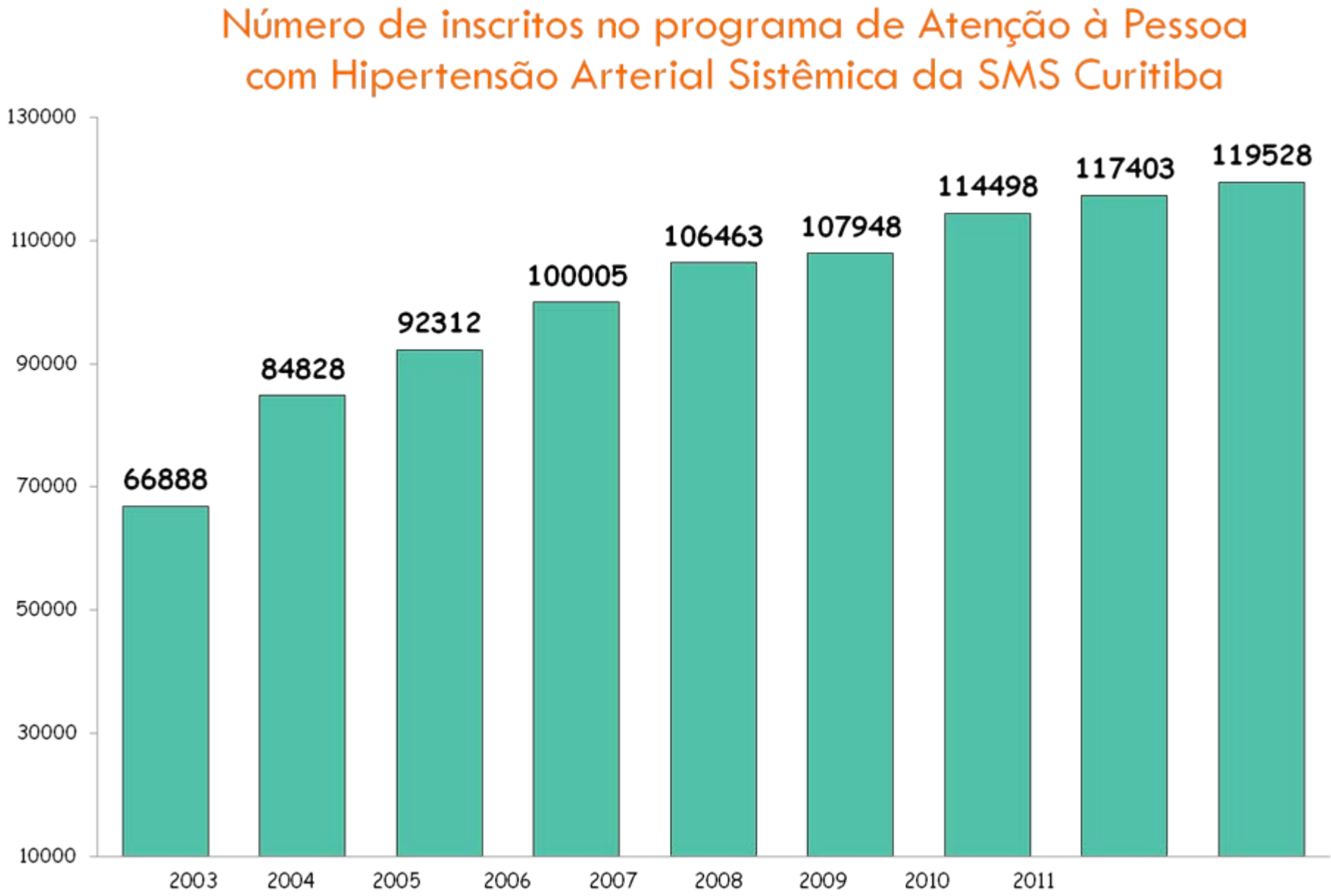
Fonte: Sistema Prontuário Eletrônico

Cobertura do Programa de HAS



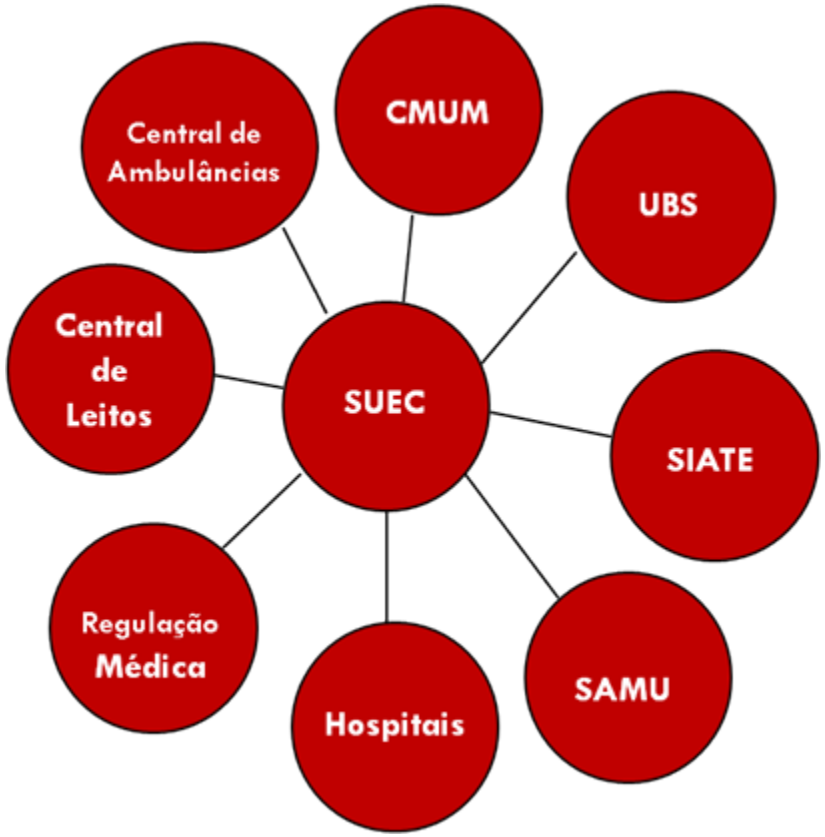
População estimada com HAS (22% > 30 anos) e usuária do SUS (70%) = 144.472 pessoas

53 % com mais de 60 anos e 35% de homens



Fonte: Sistema Prontuário Eletrônico

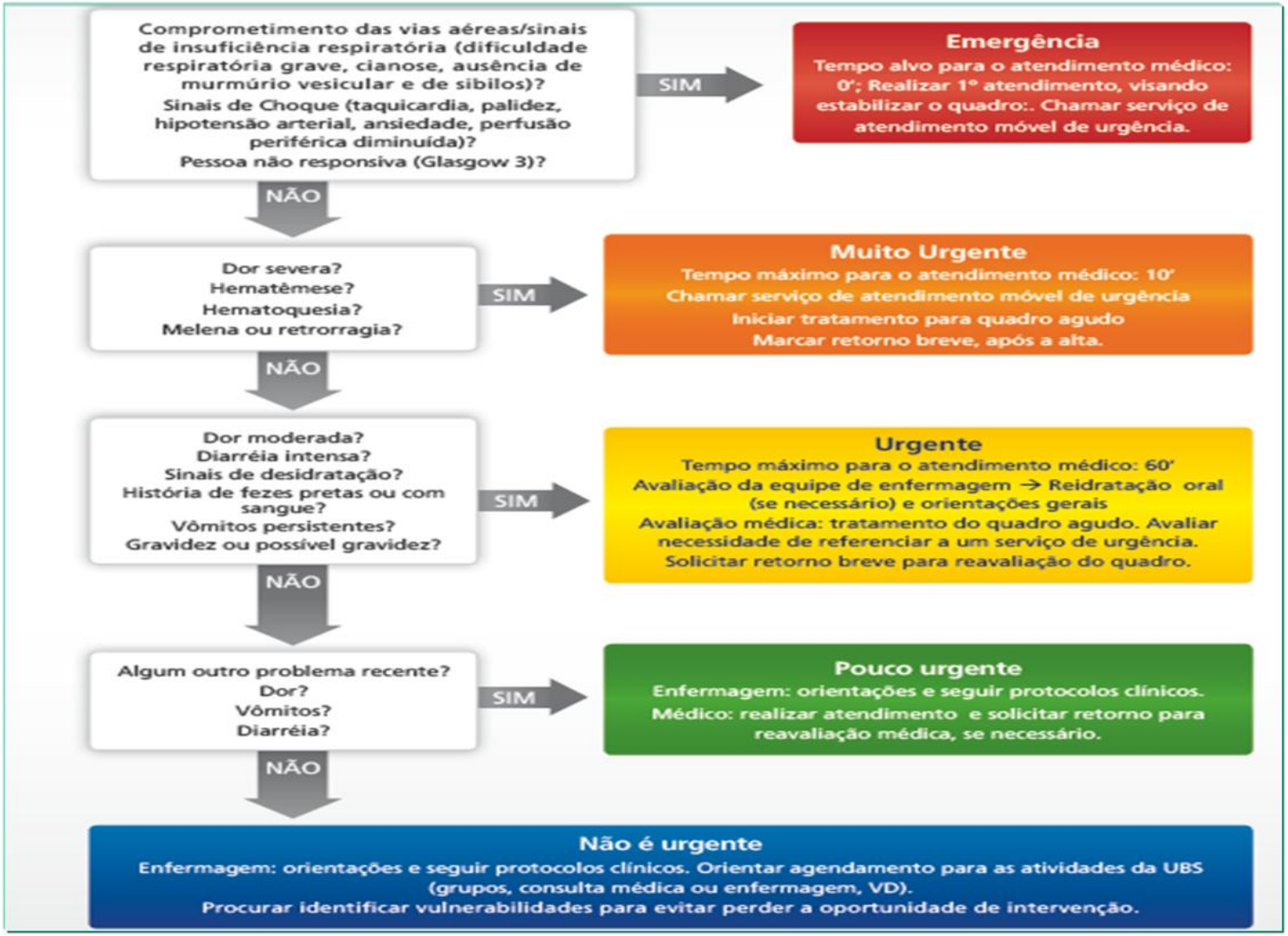
Organização da Atenção às Condições Agudas



Classificação de riscos (protocolo de Manchester)			
NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO (min.)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Fluxograma de Dor Abdominal



HISTÓRICO DO LABORATÓRIO DE INOVAÇÕES NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Laboratório de Inovações

Início (2010)

- ✓ Constituição do grupo condutor
- ✓ Consultoria do Dr. Eugênio Vilaça Mendes
- ✓ Definição das condições crônicas - hipertensão, diabetes e depressão
- ✓ Formação dos grupos com representantes dos diferentes níveis da SMS (50 pessoas)

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Laboratório de Inovações

Grupos Programáticos

Atenção cardiovascular

Depressão

Grupos Temáticos

Prevenção das condições de saúde

Tecnologias de mudanças de comportamento

Autocuidado apoiado

Relações com a comunidade

Educação Permanente

Educação em Saúde

Sistemas de informação da clínica

Desenho do sistema de prestação de serviços

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Laboratório de Inovações

Julho de 2010

Primeiro encontro dos participantes com o consultor

Agosto de 2010

✓ Oficina "Alinhamento Conceitual" - modelo de atenção às condições crônicas e sua aplicação na atenção primária à saúde

✓ Reuniões periódicas dos grupos para elaboração das propostas

Etapas na implantação

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Laboratório de Inovações

Em 2011

- ✓ Definidos os critérios para a seleção das US onde será implantado o Laboratório de Inovações
- ✓ Construção do modelo de pesquisa avaliativa – parceria com a PUC
- ✓ Pré-teste de algumas tecnologias na Unidade de Saúde Alvorada

Unidade de Saúde pré-teste

Treinamento de habilidade clínica

- ✓ Pé diabético
- ✓ Depressão
- ✓ Abordagem motivacional

Aplicação do cuidado compartilhado

- ✓ Grupo de usuários com HAS e DM

Autocuidado apoiado

- ✓ Individual e em grupo

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Laboratório de Inovações

AGOSTO DE 2011 ATÉ AGORA

✓ Oficinas de alinhamento conceitual com as equipes de saúde sorteadas para intervenção

✓ Início dos treinamentos em área:

- Plano de autocuidado e autocuidado apoiado
- Cuidado Compartilhado
- Abordagem para mudança de comportamento
- Diretrizes

✓ Reuniões com o Conselho Gerencial e com o CMS

✓ Início da supervisão – endocrinologia e cardiologia

✓ Implantação de novos instrumentos de monitoramento

O Desenho de Intervenção

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O Laboratório de Intervenção às Condicões Crônicas (LIACC)

Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Subpopulação com condição crônica muito complexa (1-5%)

Subpopulação com condição crônica complexa (20-30%)

Subpopulação com condição crônica simples e/ou com fator de risco biopsicológico (70-80%)

Subpopulação com fator de risco ligado a comportamento e estilo de vida

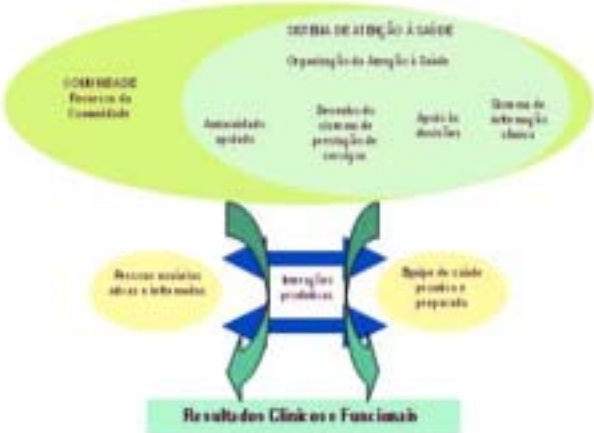
População total

Determinantes sociais individuais com condição de saúde e/ou fator de risco biopsicológico estabelecido

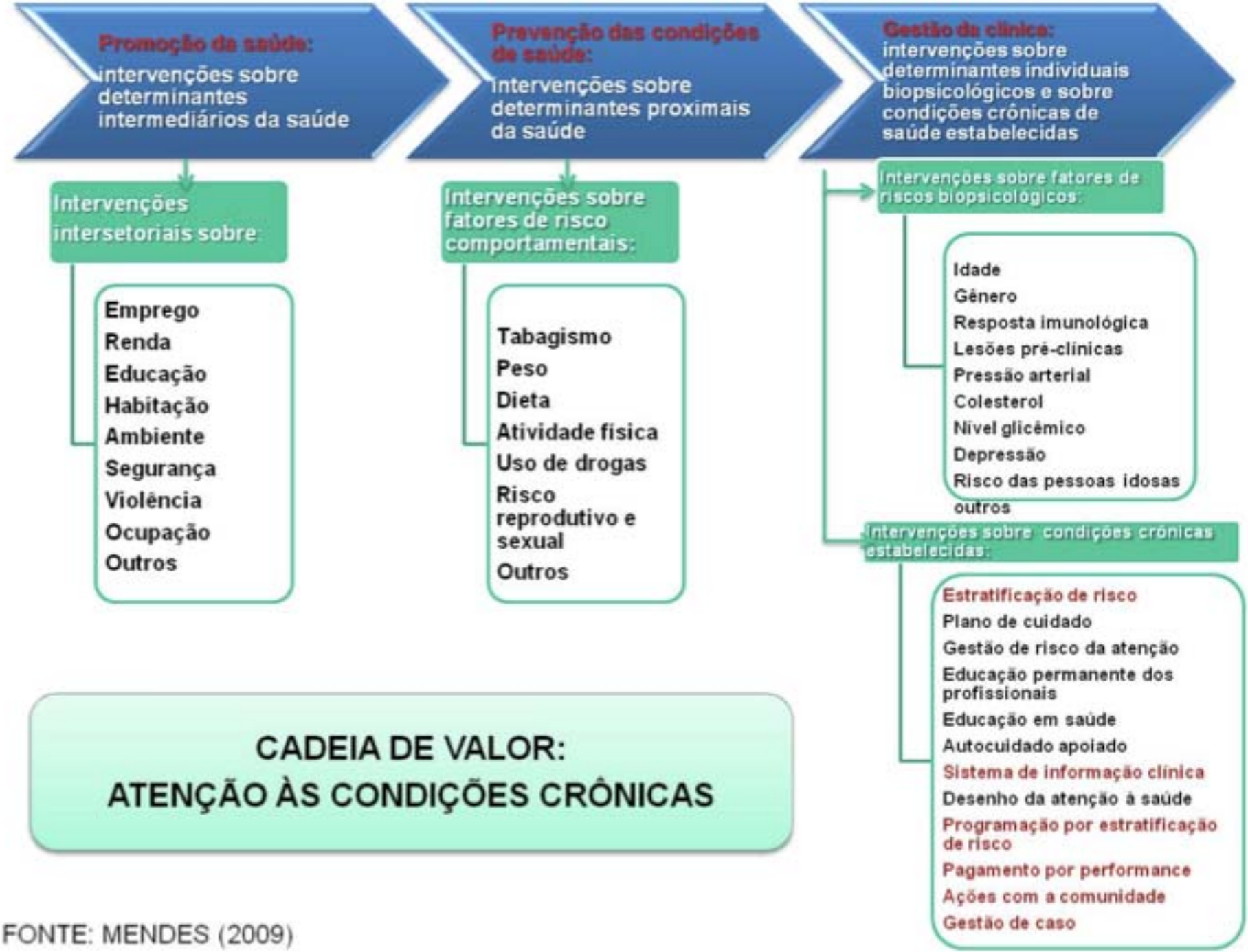
Relação de autocuidado/atenção profissional

Determinantes sociais da saúde proximais

Determinantes sociais da saúde intermediários



FONTE: MENDES (2007b)



FONTE: MENDES (2009)

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Desenho da Intervenção

- ✓ Educação Permanente/Continuada
- ✓ Suporte à decisão clínica
- ✓ APS e ponto secundário de atenção - supervisão (cardiologia, endocrinologia, psiquiatria)
- ✓ Atendimento face a face e em grupo
- ✓ Plano de autocuidado
- ✓ Autocuidado apoiado
- ✓ Tecnologias de mudanças de comportamento

Avaliação Face a Face

Objetivos

- ✓ Avaliar a condição de saúde e o risco
- ✓ Estabelecer e monitorar as metas da atenção
- ✓ Avaliar a capacidade do autocuidado
- ✓ Pactuar e monitorar as metas do autocuidado – grau de confiança e interesse, passos
- ✓ Fazer o contrato
- ✓ Oferecer o autocuidado apoiado
- ✓ Educação em saúde – condição, mudança de comportamento
- ✓ Identificar as necessidades específicas e realizar encaminhamentos quando necessário.

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Atendimento em Grupo

Atendimento feito em conjunto por membros da equipe de saúde e dos NAAPS a grupos de pessoas com condições crônicas semelhantes

- Convite prévio
- Formação dos grupos
- Organização da reunião com avaliação das metas da atenção

Planilha de acompanhamento do Cuidado compartilhado

Nome				
Estatura	Idade	Risco		
Indicador	Resultado/data	acompanhamento		
		jan	fev	mar
PA				
IMC / peso/circ. abdom.				
Tabagismo				
Atividade física				
Plano de autocuidado				
PHQ				
Estágio função renal				
LDL-col				

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DO CUIDADO COMPARTILHADO		
Diabete		
HbA1c		
Risco do pé		
Fundoscopia		
Consulta odontológica		
Glicemia capilar		
Medicamentos	dose	dose
Metformina		
Glibenclamida		
Insulina		
Observações		

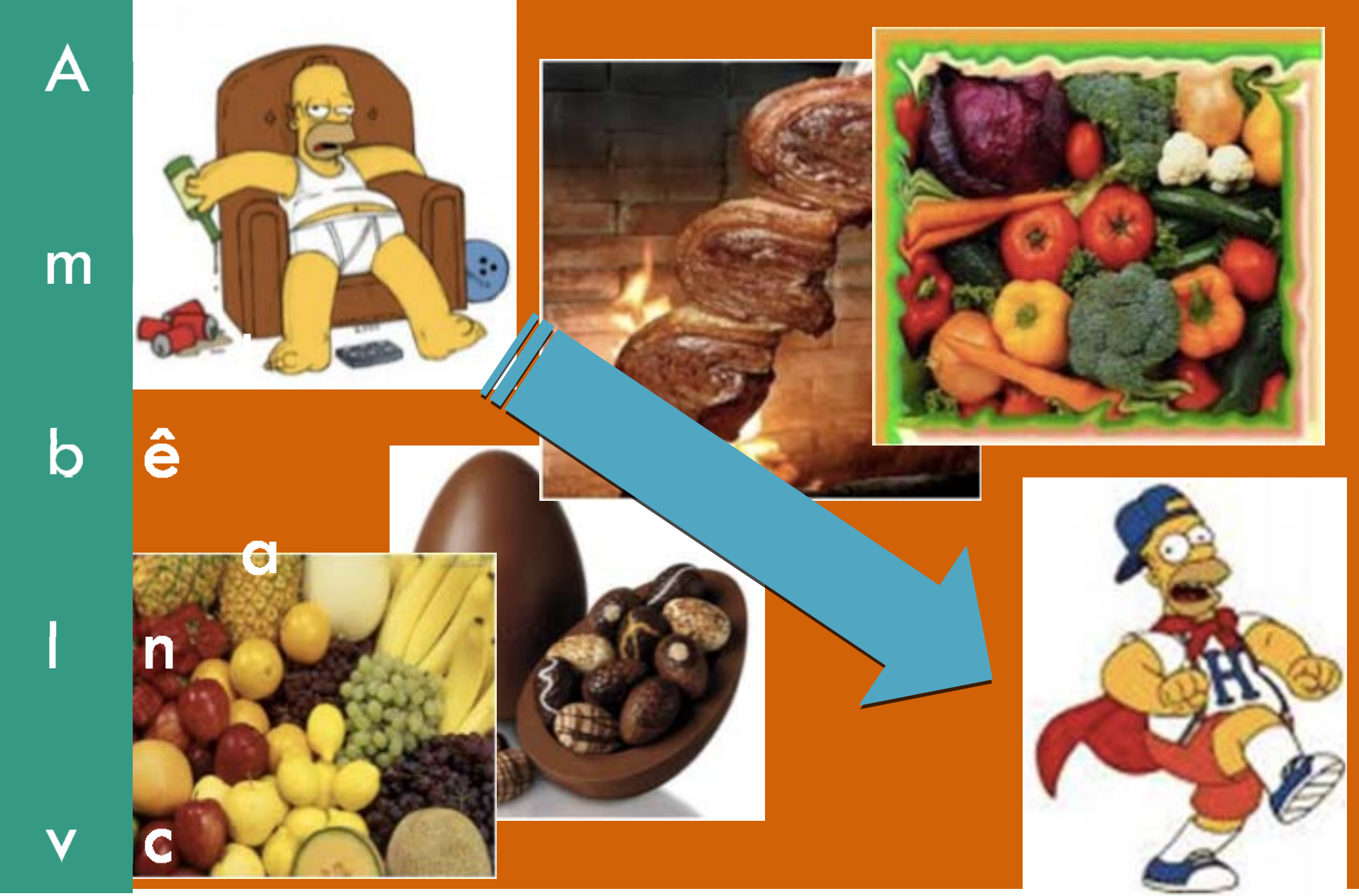
PLANILHA DO CUIDADO COMPARTILHADO – GRUPO:

Profissional Responsável

Nome	HAS	DM	Depres	Tab	Sed	Autocui dado	PA	IMC

Técnica dos CINCO "As"

AVALIE	Avalie o conhecimento e as ideias sobre estilo de vida e condição de saúde; grau de interesse e confiança para assumir comportamentos mais SAUDÁVEIS.
ACONSELHE	Aconselhe por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida.
ACORDE	Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo
ASSISTA	Auxilie - planejamento, planos de ação, habilidades como resolução de problemas, automonitoramento e prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.
ACOMPANHE	Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais.



Querer X Não Querer

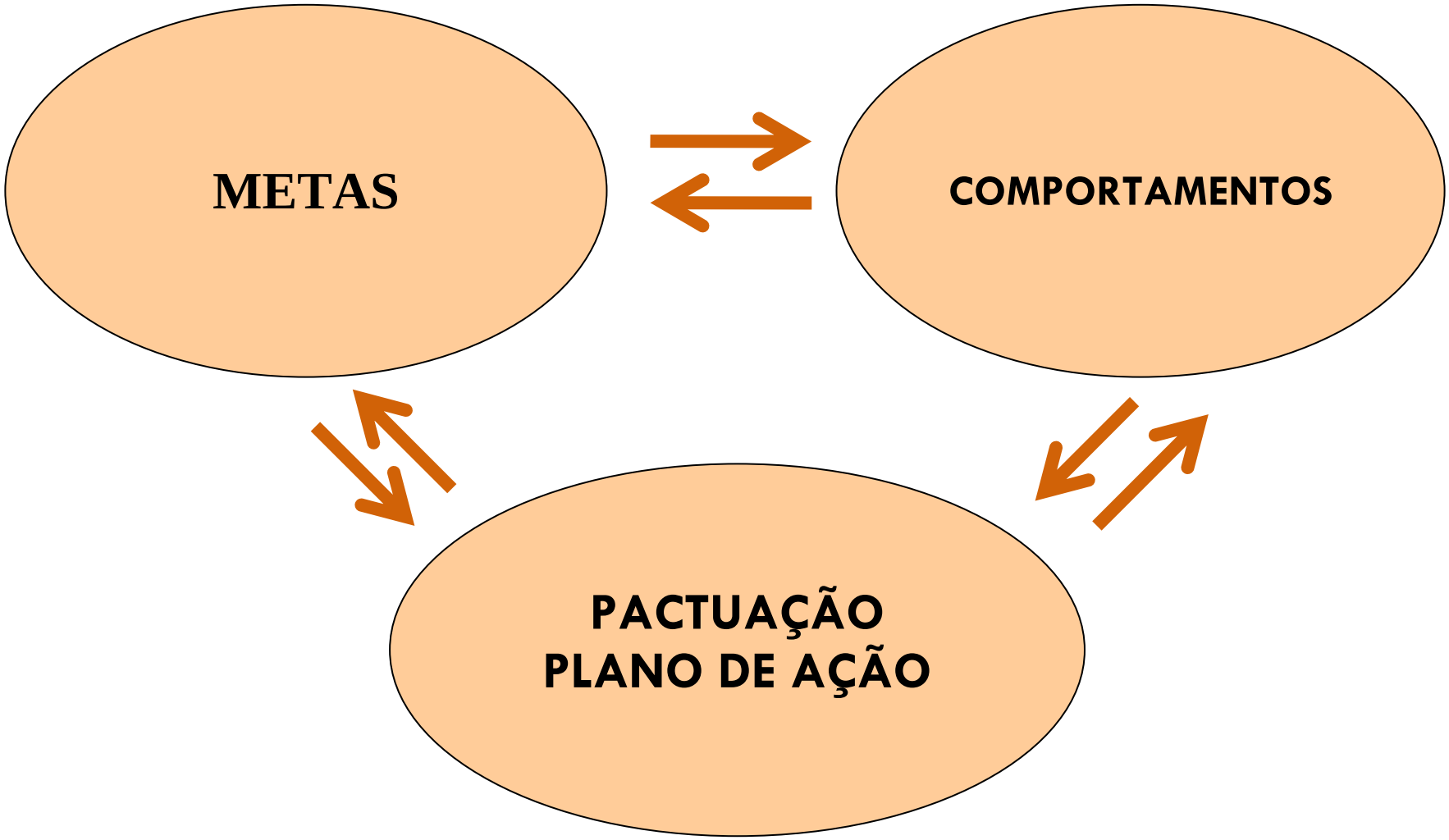
CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Pactuação

X

PROATIVIDADE, AUTOEFICÁCIA

Apoio ao Autocuidado



PACTUAÇÃO	
Tarefa 1 - (o que você fará, quanto, quando, quantas vezes)	Confiança (0 a 10)
Tarefa 2 - (o que você fará, quanto, quando, quantas vezes)	Confiança (0 a 10)

Monitoramento diário		
Data	Realizado	Observações
	SIM ± NÃO	
	SIM ± NÃO	
	SIM ± NÃO	
	SIM ± NÃO	

Plano de Autocuidado

Apoio ao Autocuidado

Roteiro de entrevista

1. Apresentar-se e perguntar como está? Questionar qual era a meta.
2. Como foi? Tem algo que gostaria de falar?
3. O que conseguiu realizar? Ótimo, então persista.
4. O que não conseguiu realizar? Quais dificuldades enfrentou? Tentou resolver e como? O que funcionou e não funcionou?
5. O que poderia tentar agora? Interesse/confiança.
6. Experimente durante este período.

MONITORAMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO						
UBS	Área		Microárea		Profissional responsável	
Nome		Fone		Objetivo		
Data						
Grau de interesse						
Grau de confiança						
Pactuação						
Atividade física						
Alimentação						
Manejo do estresse						
Medicação						
Cessação do tabagismo						

Autocuidado Apoiado

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Atividades em Grupos Específicos

Reeducação alimentar

Abordagem intensiva para cessação do tabagismo

Manejo do estresse

Atividade física/prática corporal

Dependência química

Seguimento farmacoterapêutico

NÚCLEO COMUM

- Abordagem motivacional
- Avaliação do interesse
- Pactuação baseada no grau de confiança
- Monitoramento do plano de ação
- Resolução de problemas
- Registro do processo e comunicação ao apoiador

Depressão

Condição Crônica - Depressão

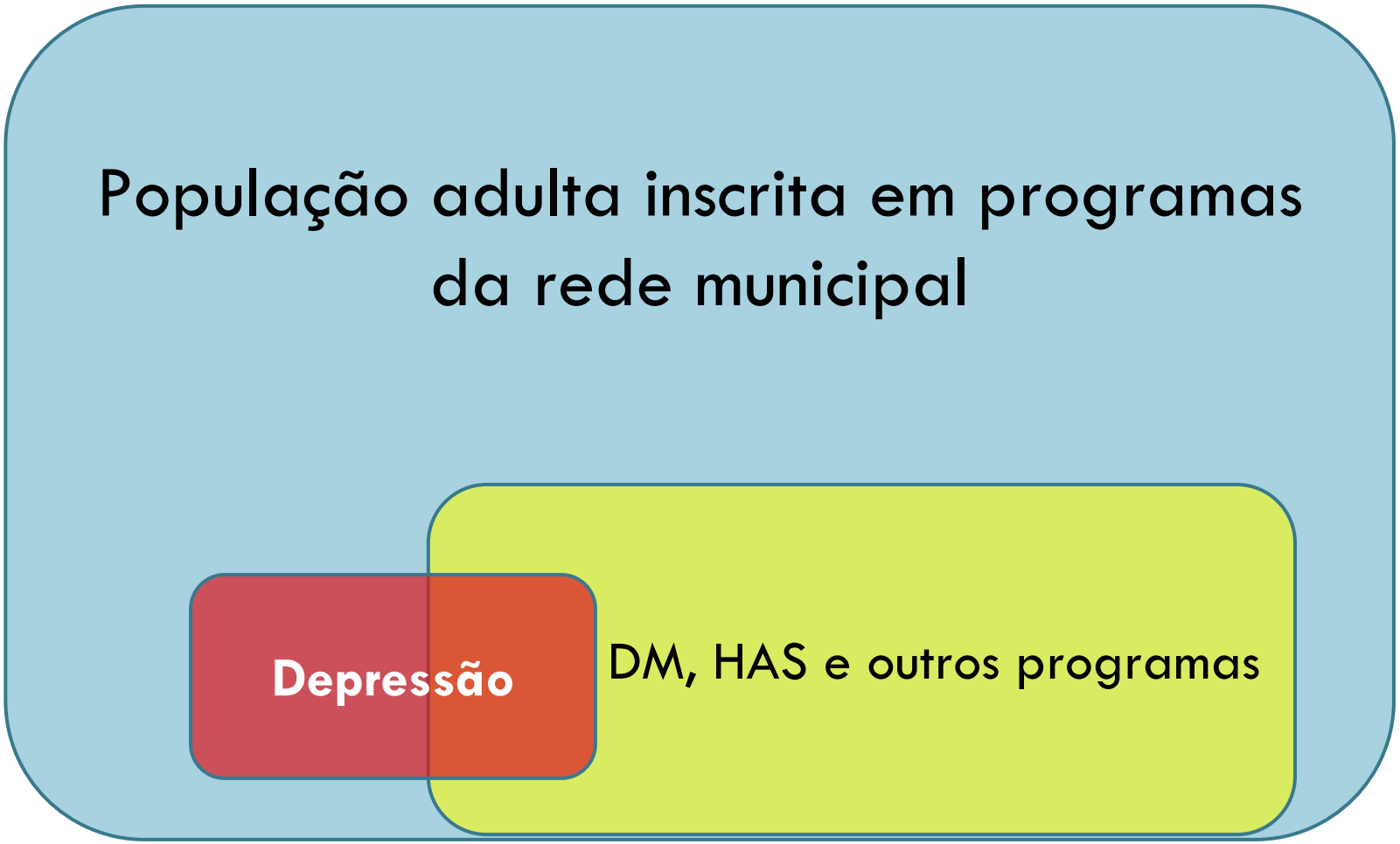
- ✓ 4-10% ao longo da vida
- ✓ Estimativa pontual: 2,6% (2,3% homens, 2,8% mulheres)
- ✓ Prevalência maior em usuários de serviços de saúde que na população geral
- ✓ Subdiagnosticada, incorrendo em riscos:
  - Ideação suicida
  - Relação com outras doenças crônicas (fator de risco e fator prognóstico)
  - Prejuízos pessoais, à família e à sociedade
- ✓ Intervenções iniciadas na atenção primária são efetivas no tratamento de depressão, especialmente em casos não complicados (STAR*D)

Condição Crônica - Depressão

- Pessoas com depressão moderada ou severa têm maior prejuízo na maioria dos domínios de qualidade de vida do que aquelas com IAM ou DM
- A depressão pode ser tratada com sucesso na maior parte dos casos e a maioria deles pode ser tratado na atenção primária
- Por todos esses fatores, os profissionais da atenção primária têm um papel importante em avaliar, diagnosticar e tratar a depressão

Triagem

População adulta total



Triagem pelo PHQ-2

(Questionário sobre a Saúde do Paciente)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva				

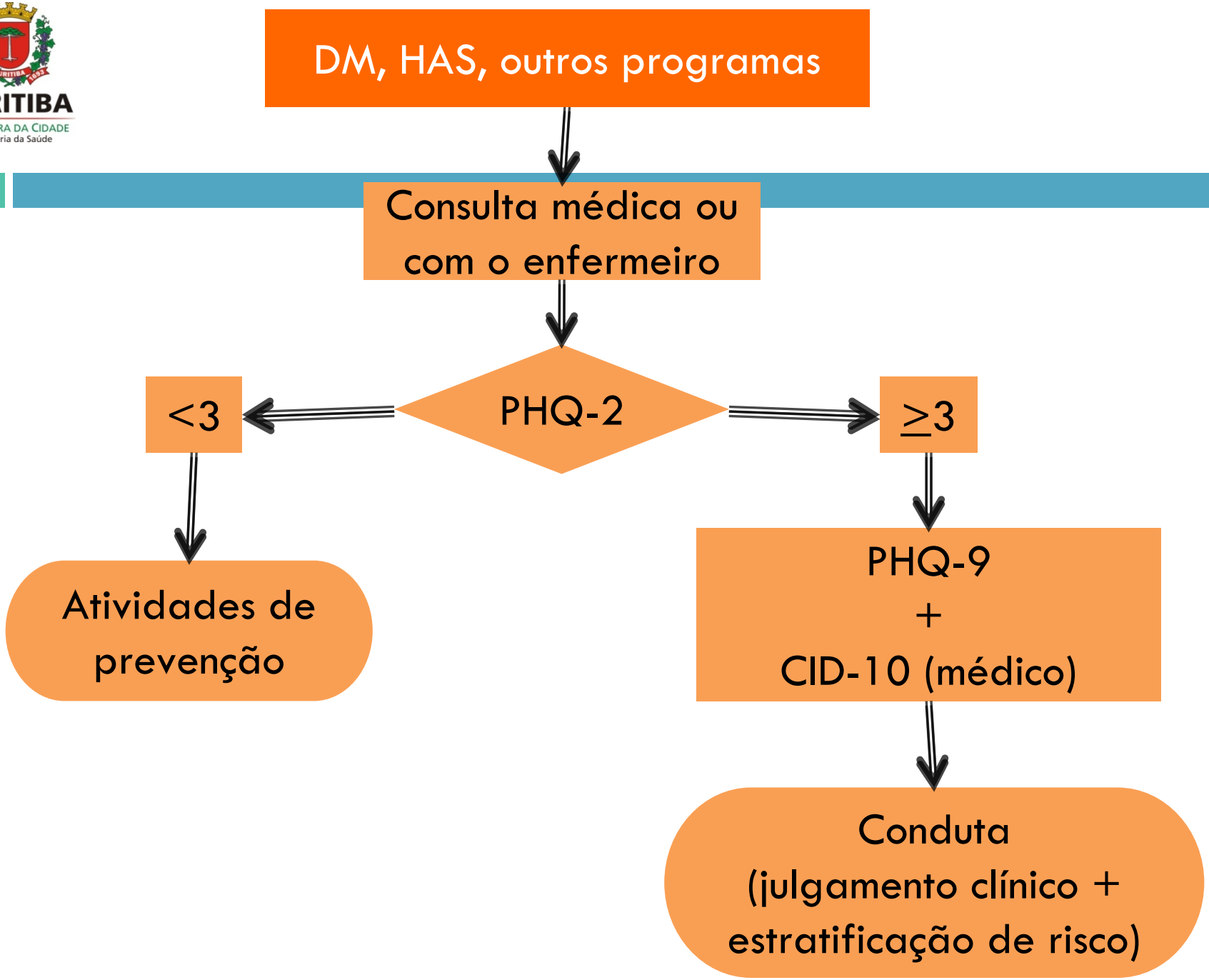
- *Nenhuma vez (0 pontos)*
- *Vários dias (1 ponto)*
- *Mais da metade dos dias (2 pontos)*
- *Quase todos os dias (3 pontos)*

PHQ-9

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você se sentiu incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas				
2. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva				
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume				
4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia				
5. Falta de apetite ou comendo demais				
6. Se sentir mal consigo mesmo(a) — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)				
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão				
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume				
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)				

Se resposta positiva à questão 9, considerar protocolo específico de suicídio, independente da pontuação global

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde



CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Estratificação de Risco

Escore	Estratificação de risco
0-4	-
5-9	Leve
10-14	Moderado
15-19	Moderadamente severo
20-27	Severo

O PHQ-9 serve de apoio ao diagnóstico e à decisão de conduta

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Plano de Cuidado

Estratificação de risco	Plano de cuidado
Leve	Grupos, monitoramento, aconselhamento
Moderado	Educação, psicoterapia ou farmacoterapia
Moderadamente severo	Educação, psicoterapia e/ou farmacoterapia
Severo	Educação, psicoterapia e farmacoterapia

Inscrição no Programa de Saúde Mental

Objeto do laboratório/pesquisa

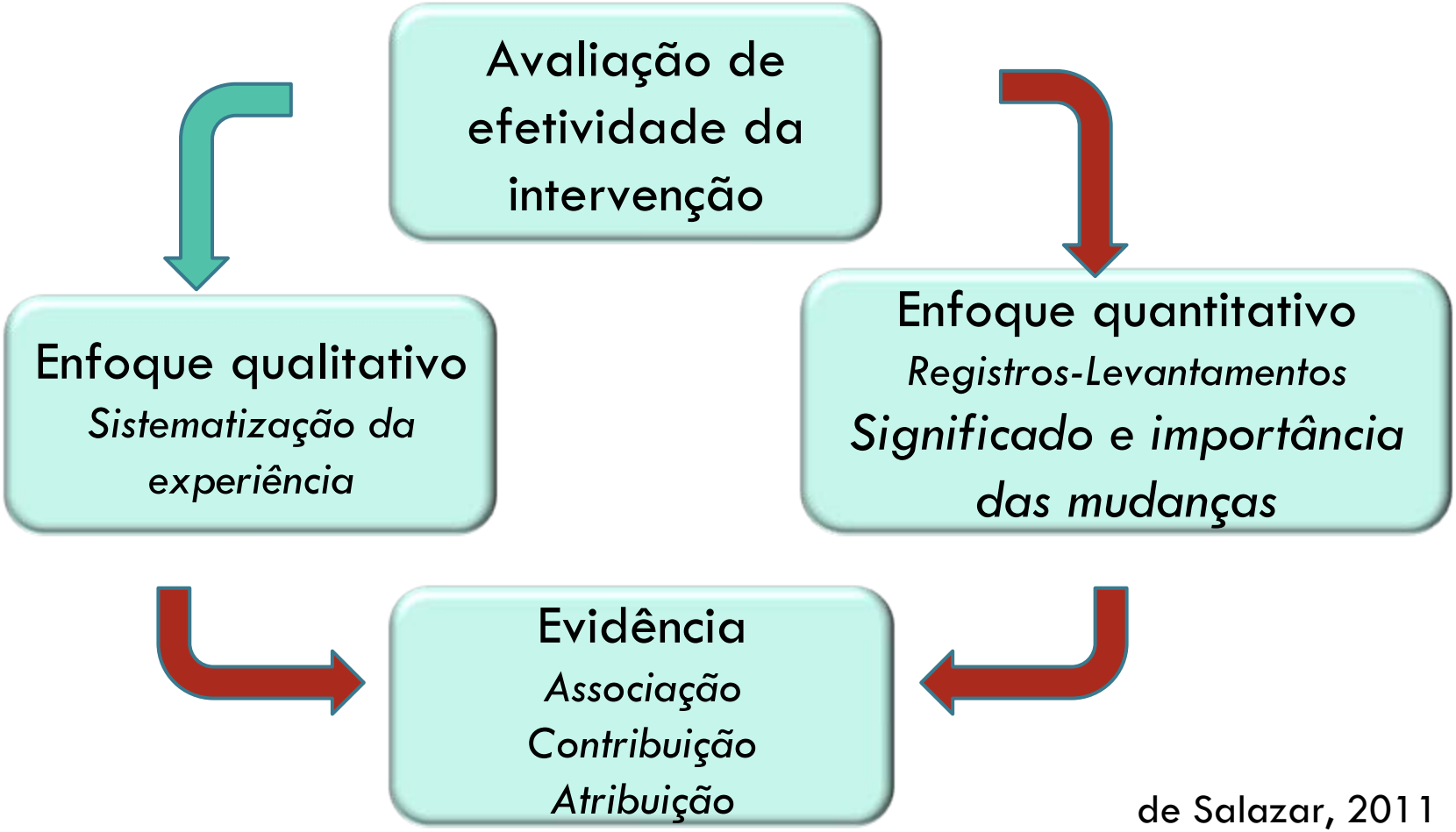
Avaliar a efetividade da implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na APS

Pesquisa Avaliativa

Pesquisa, avaliação e tomada de decisão

Contandriopoulos, 2006

Pesquisa avaliativa
Abordagem metodológica



de Salazar, 2011

Pesquisa avaliativa

Objeto

Crônicas

Avaliar a efetividade da implementação do Modelo de Atenção às Condições na APS

- Diabete
- Hipertensão
- Depressão

Fases da pesquisa avaliativa

2 Fases:

I. Estudo Principal Desenho Quase Experimental

Intervenção na realidade

Escolha por conveniência do grupo de intervenção e grupo controle

Permite:

- Avaliar efetividade de uma intervenção
- Sugerir mudanças

II – Estudo de Caso

Analisa o contexto

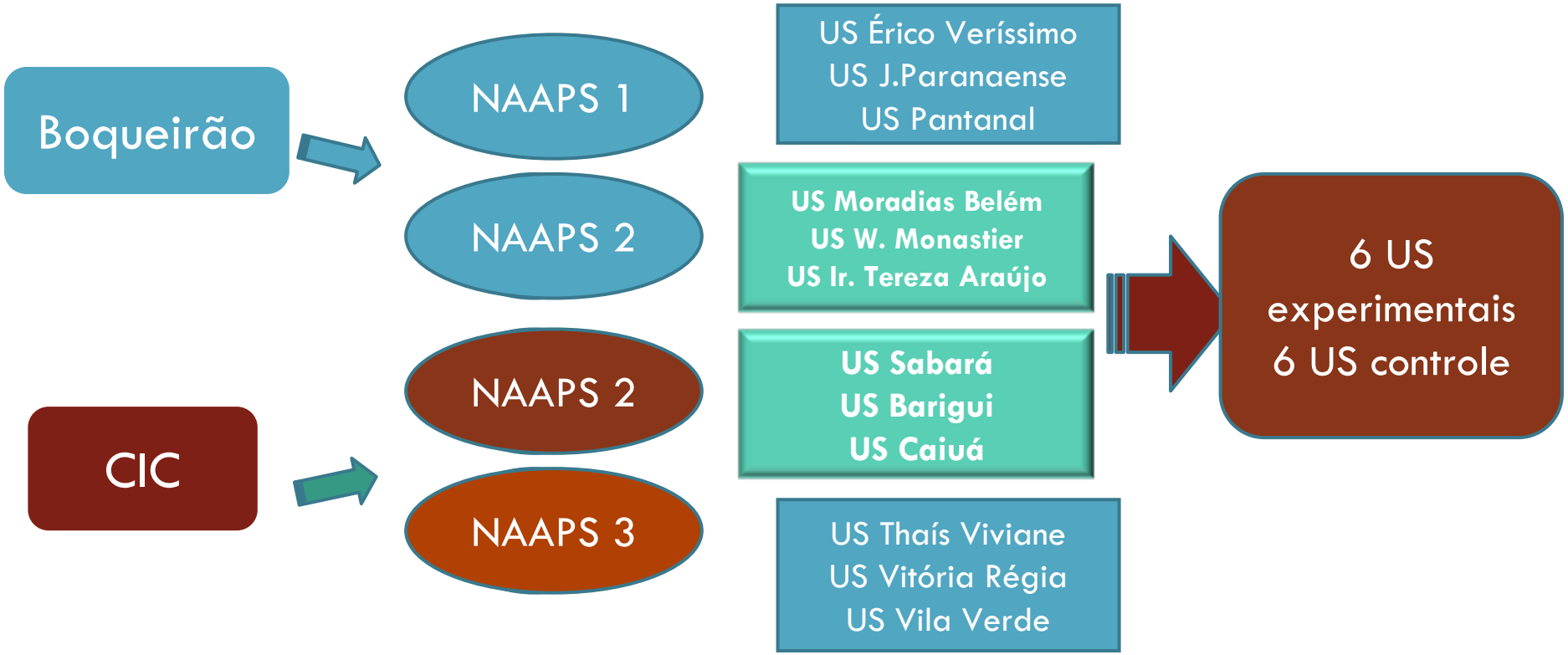
Permite:

- Explorar em profundidade
- Compreender situações mais amplas – não generalizáveis

Pesquisa avaliativa

estudo principal

- *Desenho de estudo:* Quase-experimental
- *Período de avaliação:* 1 ano
- *Unidade amostral:* NAAPS



CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Pesquisa avaliativa

- Critérios considerados para escolha das unidades amostrais
  - ✓ US com ESF
  - ✓ Número de equipes SF por US
  - ✓ Número de US cobertas pelos NAAPS
  - ✓ Concentração da pesquisa em dois DS
  - ✓ População da área de abrangência de cada US e do NAAPS
  - ✓ População cadastrada
  - ✓ Usuários dos serviços
  - ✓ Número de ACS
  - ✓ Perfil da comunidade assistida

Pesquisa avaliativa

Matriz de Dimensões e Variáveis

Qualidade do desenho da intervenção	Análise de contexto/ Estrutura	Análise de processos	Análise de resultados intermediários
▶ *Fundamentação teórica* ▶ *Suficiência/ Viabilidade do desenho* ▶ *Atividades e Recursos* ▶ *Definição de indicadores de sucesso* ***SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA***	▶ ***Contexto*** **:perfil das equipes, US, territórios, usuários (educação, renda, ocupação, sexo, idade)** ▶ *Indicadores quantitativos por condição* ▶ ***Avaliação do Cuidado à Condições Crônicas:*** ACIC (percepção profissional sobre capacidade institucional) PACIC (percepção dos usuários sobre o processo de atenção)	▶ ***Indicadores quantitativos*** *de processos por condição* ▶ ***Percepção das equipes e pessoas usuários*** *sobre processo de implementação do modelo*	▶*Significância e importância das* ***mudanças nos indicadores de resultados intermediários*** *por condição*

Associação

Contribuição

Atribuição

Linha base — 6 meses — 1 ano

(de Salazar, 2011)

	RESULTADOS	Indicador
Perfil de risco	Hemoglobina glicada	% de pessoas com resultado <=7 Média hemoglobina glicada na população vinculada ao programa
	Pressão arterial	% de pessoas com PA <=130-80
	LDL	% de pessoas com LDL <=100
	PROCESSO	
Processo de trabalho e ações sobre fatores comuns de risco	Exame dental	% de pessoas com exames realizados anualmente
	Exame do pé diabético	% de pessoas com exames realizados anualmente
	Exame oftalmológico	% pessoas encaminhadas para consulta oftalmológica anualmente % de pessoas agendadas para consulta
	Tabagismo	% de fumantes diabéticos que concluíram tratamento intensivo para cessação do tabagismo
	Depressão	% de diabéticos cadastrados no Programa de Saúde Mental com depressão % de diabéticos que realizaram PHQ anual
	Excesso de peso	% de diabéticos com excesso de peso (IMC acima de 25) % diabéticos com excesso de peso que participou de 3 ou + encontros do programa de reeducação alimentar (considerar parâmetros de sobrepeso por idade)
	Análise albuminuria	% de diabéticos que realizaram análise de albuminuria nos últimos 12 meses
	Plano de autocuidado	% de pessoas com plano de autocuidado apoiado registrado, monitorado, realizado nos últimos 12 meses
	Encaminhamento para serviços especializados de endocrinologia	% de diabéticos de médio risco encaminhados para serviços especializados de endocrinologia conforme critérios definidos pelo Protocolo
	Exames de hemoglobina glicada	% de diabéticos que realizaram 2 exames de hemoglobina/ano

Indicadores quantitativos – DM2

ACIC – (Assessment of Care for Chronic Conditions)

percepção profissional sobre o cuidado das CC

Componentes avaliados

- Organização da Atenção à Saúde
- Articulação com a comunidade
- Suporte à decisão
- Apoio ao autocuidado
- Desenho do sistema de prestação de serviços
- Sistema de Informação Clínica
- Integração dos Componentes do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Entre “0” e “2” = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas

Entre “3” e “5” = capacidade básica para a atenção às condições crônicas

Entre “6” e “8” = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas

Entre “9” e “11” = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

PACIC – (Assessment of Chronic Illness Care)

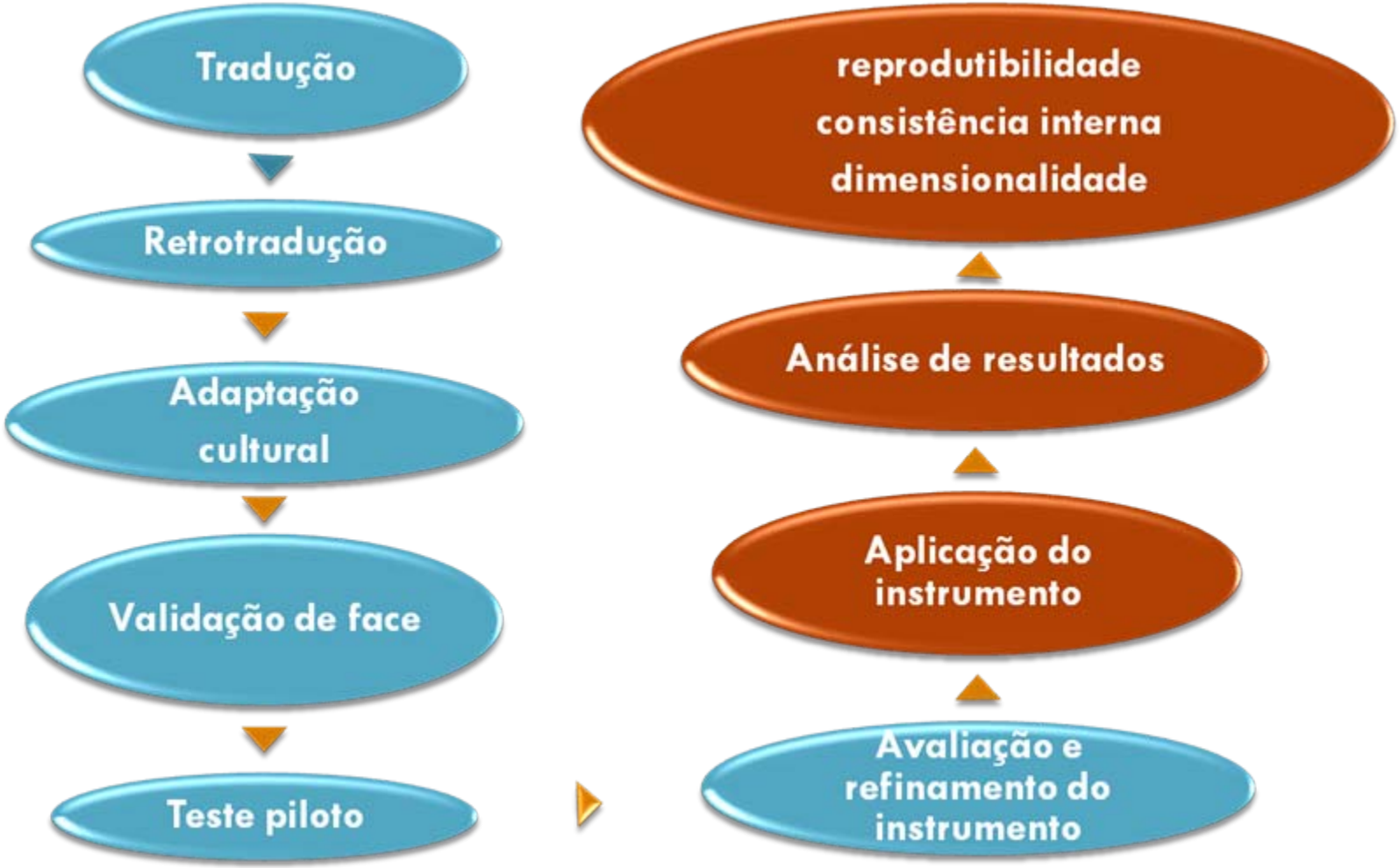
percepção dos usuários sobre o cuidado das CC

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Perguntaram o que achava sobre a proposta de tratamento de seu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão)	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
2.Foi lhe dado a chance de pensar sobre opções de plano de tratamento	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
3.Perguntaram sobre problemas com o uso dos medicamentos e seus resultados	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
4.Recebeu, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar sua saúde	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
5.Ficou satisfeito porque seu tratamento foi bem organizado	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5
6.Explicaram que o que você faz para cuidar de você mesmo influencia seu problema de saúde (diabete, hipertensão ou depressão)	☐1	☐2	☐3	☐4	☐5

Validação transcultural

ACIC
PACIC

*Adaptado do modelo para validação da OMS



Estudo de caso na UBS Alvorada

- análise em profundidade do contexto, de processos, interações, mobilização e participação na implementação da experiência em Curitiba

- espaço para teste de estratégias inovadoras antes de sua incorporação por outras equipes que participam do processo

Estudo de caso

- Um estudo de caso é um método de pesquisa que analisa as circunstâncias, dinâmicas e complexidades de um contexto. Em um estudo de caso é possível explorar em profundidade, retrospectivamente e ao longo do tempo uma realidade, por meio de observação, entrevistas e registros de informação.

Bowling, 1997

O contexto da UBS Alvorada

População: 9.484 habitantes

90% SUS dependentes

43,6% mais de 30 anos

27,1% mais de 40 anos

O contexto da UBS Alvorada

- Perfil das equipes – 3 a 4 equipes de SF atuando no território

Hipertensão		
	2010 n	**2011** n
População > 30 anos	4139	4139
População alvo (22% da população > 30 anos)	910	910
População alvo (22% da população > 30 anos SUS)	819	819
N° de inscritos	685	684
Cobertura SUS	84%	84%
Estratificação de Risco	n(%)	n(%)
Risco baixo	245 (35,7)	209 (30,5)
Risco médio	234 (34,1)	245 (35,8)
Risco alto	139 (20,2)	156 (22,8)
Risco muito alto	67 (9,7)	74 (10,8)
Total	**685 (100,0)**	**684 (100,0)**

O perfil das condições crônicas na UBS Alvorada

Diabete		
	2010 n	**2011** n
População > 40 anos	2577	2577
População alvo (22% da população > 40 anos)	566	566
População alvo (22% da população > 40 anos SUS)	509	509
Número de inscritos no Programa	203	243
Cobertura SUS	40%	48%
Classificação	n(%)	
Tipo I Juvenil	9(4,4)	
Tipo II com insulina	43(21,1)	
Tipo II sem insulina	130(64,0)	
Intolerância à glicose	21(10,3)	
Total	**203 (100,0)**	
2011-Nova classificação de DM2		n(%)
Pré-diabete (Intolerância a sobrecarga de glicose+ glicemia de jejum alterada)		32(13,1)
Tipo I		6(2,4)
Tipo 2		205(84,3)
Total		**243(100,0)**
Estratificação de Risco (2011)		
Risco baixo		
Risco médio		72 (72,0)
Risco alto		23 (23,0)
Risco muito alto		5(5,0)
Total		**100 (100,0)**

Depressão

	2010 n	**2011** n
População total	9484	9484
População alvo para transtornos mentais (geral) (12% da população)	1138	1138
População alvo para transtornos mentais (geral) (12% da população SUS)	1024	1024
Nº de inscritos no Programa – Transtornos de humor/depressão	204	133
Cobertura SUS	20%	13%

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

O LIACC na UBS Alvorada

2011

Maio

Convite Supervisora DS Cajuru e ASL US Alvorada

Junho

Reunião com equipe local

Disponibilizaçã o de materiais de apoio

Julho

Reuniões com médicos,enfermei rasCDs para discussão do mate- rial de apoio (autocuidado apoiado e cuidado compartilhado)

1ª oficina do pé diabético com médicos,enfermei ras, auxiliares de enfermagem

Reunião com toda a equipe para apresentação do LIACC e CUCO

Roda de conversa com toda a equipe- prática do autocuidado apoiado

Acompanhamento de reuniões de grupos por equipe condutora do LIACC

Agosto

Acompanhamento por equipe condutora do LIACC dos grupos locais na aplicação do autocuidado apoiado, monitoramento das pactuações e CUCO

Participação em evento de apresentação do LIACC a Unidades de Saúde que serão envolvidas

Setembro

Participação em evento de alinhamento conceitual com todo o grupo LIACC

Outubro

Participação em capacitação para médicos sobre atenção ao diabético

Disponibilização de materiais de apoio

Novembro

Participação em capacitação para médicos sobre atenção ao diabético

Capacitação sobre Depressão e uso do PHQ*para triagem da Depressão

Participação em Oficina de Trabalho com outras equipes do LIACC - avaliação de confiança (8,82) e motivação (9,29)

Capacitação para nutricionistas

Capacitação sobre cuidado com pé diabético para médicos, enfermeiros, fisioterapeutas

*Patient Health Questionnaire

Dezembro

Disponibilização de material de abordagem motivacional, construção de autocuidado apoiado e planilha de cuidado compartilhado

Participação em capacitação para médicos sobre insulinização

O LIACC na UBS Alvorada

2012

Fevereiro

Uso de narrativas para direcionamento de aprendizado para atendimento de diabéticos (fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros)

Março

2ª oficina do pé dia-bético com auxiliares de enfermagem

Matriciamento Médicos+especialistas para atendimento diabete,hipertensão depressão

Reunião ASL e supervisoras

Abril

Uso de narrativas para direcionamento de aprendizado para atendimento de diabéticos fisioterapeutas, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros

Treinamento em complicações DM e insulinização – médicos e enfermeiros

Reunião ASL

Maio

Uso de narrativas para direcionamento de aprendizado para atendimento de diabéticos

Cuidados com o pé diabético - auxiliares de enfermagem

Evento de Assinatura de Carta de Cooperação Lançamento do material de apoio (Cuidado Compartilhado e Autocuidado apoiado)

Junho

Uso de narrativas para direcionamento de aprendizado para atendimento de diabéticos

Julho

Treinamento com ASB/TSB

Estudo de caso US Alvorada

Abordagem qualitativa
Análise em profundidade do processo de implementação da experiência

Qualidade do desenho

- *Fundamentação teórica*
- *Suficiência/ Viabilidade do desenho*
- *Atividades e Recursos*
- *Definição d indicadores de sucesso*

SISTEMATIZAÇÃO

Análise de contexto/ Estrutura

- *Contexto:* perfil das equipes, US, territórios, usuários (educação, renda, ocupação, sexo, idade)
- *Indica*

PACIC (percepção dos usuários sobre o processo de atenção)

Análise de processos

equipes sobre processo de implementação do modelo

Análise de resultados interm

nos indicadores de resultados intermediários por condição

ciação

Contribuição

Atribuição

Mesmo desenho

- Teste de estratégias
- Aprendizado de processos

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Reconhecimento do processo

- Eventos geradores (eventos desencadeadores)
- Processos decorrentes (encontros locais, atitudes das equipes)
- Resultados (produtos, movimentos autônomos)
- O que contribui
- O que dificulta
- Conflitos
- Lições/descobertas

A percepção da ASL

Eventos decorrentes

"Esta metodologia não é mais do prescritivo e do autoritarismo"

mudança não era só do usuário"

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

O que facilita o processo

- Perfil de gestão
- Envolvimento dos profissionais de nível superior na mobilização das equipes locais
- Estratégia de capacitação centrado na teoria/pratica, apoiada pelo grupo condutor
- Capacitação como valorização profissional

O que dificulta o processo

- Equipes com diferentes perfis
- Funcionários muito resistentes à mudanças, atitudes das equipes

Percepção profissional sobre a capacidade institucional para desenvolver o modelo de atenção às condições crônicas na US Alvorada

ACIC

Dimensões	Equipes	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3
	Linha de base	Avaliação de processo	Avaliação de processo	Avaliação de processo
Organização da Atenção à Saúde	6,9	5,2	9,0	7,0
Articulação com a Comunidade	4,3	8,5	10,5	10,2
Apoio ao Autocuidado	6,6	8,7	10,2	7,2
Suporte a Decisão	4,6	9,1	10,0	10,3
Desenho do Sistema de Prestação de Serviços	6,5	9,3	9,6	9,5
Sistema de Informação Clínica	5,6	5,1	9,3	9,0
Integração dos Componentes do MACC	7,6	5,2	9,0	7,0
Pontuação Total da Capacidade Institucional	**5,9**	**7,8**	**9,5**	**8,7**

Pontuações entre "0" e "2" = capacidade limitada para a atenção às condições crônicas
Pontuações entre "3" e "5" = capacidade básica para a atenção às condições crônicas
Pontuações entre "6" e "8" = razoável capacidade para a atenção às condições crônicas
Pontuações entre "9" e "11" = capacidade ótima para a atenção às condições crônicas

Percepção profissional sobre o processo de implantação do LIACC na US Alvorada

Grupo Focal

- *"... a gente percebeu que a mudança também tinha que acontecer com a gente, não só com os usuários."*
- *"O que mudou foi a forma de olhar e trabalhar, porque o trabalho já existia, só que a gente trabalhava de uma maneira diferente."*
- *"E começou pela gente também...com a nutricionista. A gente sabe que nós também precisamos de ser apoiadas para fazer alguma coisa. E os pacientes também precisam. Então a gente cobra deles uma coisa que a gente não faz pela gente. E a gente começou a se cuidar também, cuidar do peso, o que você pode melhorar e daí a gente se sentiu incentivada e também incentivar os pacientes. Um autocuidado com eles e com a gente. Agora a gente faz uma troca de experiência."*

Percepção profissional sobre o processo de implantação do LIACC na US Alvorada

Grupo Focal

- fatores facilitadores
  - oportunidades de capacitação e treinamento para uso das ferramentas de suporte às ações
  - aprimoramento do vínculo com os usuários a partir de uma nova abordagem do cuidado compartilhado
- fator dificultador
  - barreiras impostas pelos próprios profissionais

“Eu senti (mudanças). Eu tinha sido muito bem atendida em outra unidade. Quando cheguei aqui, eu estranhei muito. Era pra cima e pra baixo, diziam o que fazer e a gente obedecia. Era isso só. Porque a senhora é obesa, eu sei que sou...tá com colesterol alto... Tem que fazer exame todo dia....Agora, de uns meses pra cá, depois que mudou a médica, ela escuta... o tipo de reunião mudou. Até a moça da alimentação perguntou de um por um como é que tinha que se alimentar.”

A percepção dos usuários

Percepção dos usuários sobre o processo de implantação do LIACC na UBS Alvorada

Grupo Focal

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Lições aprendidas e descobertas

- Elementos chave do MACC em construção em Curitiba: Cuidado Compartilhado, autocuidado apoiado, a aproximação da equipe local, do médico generalista com o especialista.
- Enfrentamento das relações de poder entre profissionais e destes com a população por meio da corresponsabilidade e confiança.
- A diversidade das equipes e as resistências a mudanças são processos normais na introdução de inovações.

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

Lições aprendidas e descobertas

- Abordagens de educação continuada e capacitação participativas e problematizadoras podem favorecer o compromisso e mobilização para mudanças.

- O perfil da gestão local tem papel importante no desencadeamento de processos e implementação de ações inovadoras.

O perfil das UBS que estão participando do estudo principal

O contexto das UBS do LIACC

- Diversidade:
  - Estrutura física
  - Capacidade de mobilização das equipes

O contexto das UBS do LIACC

2011

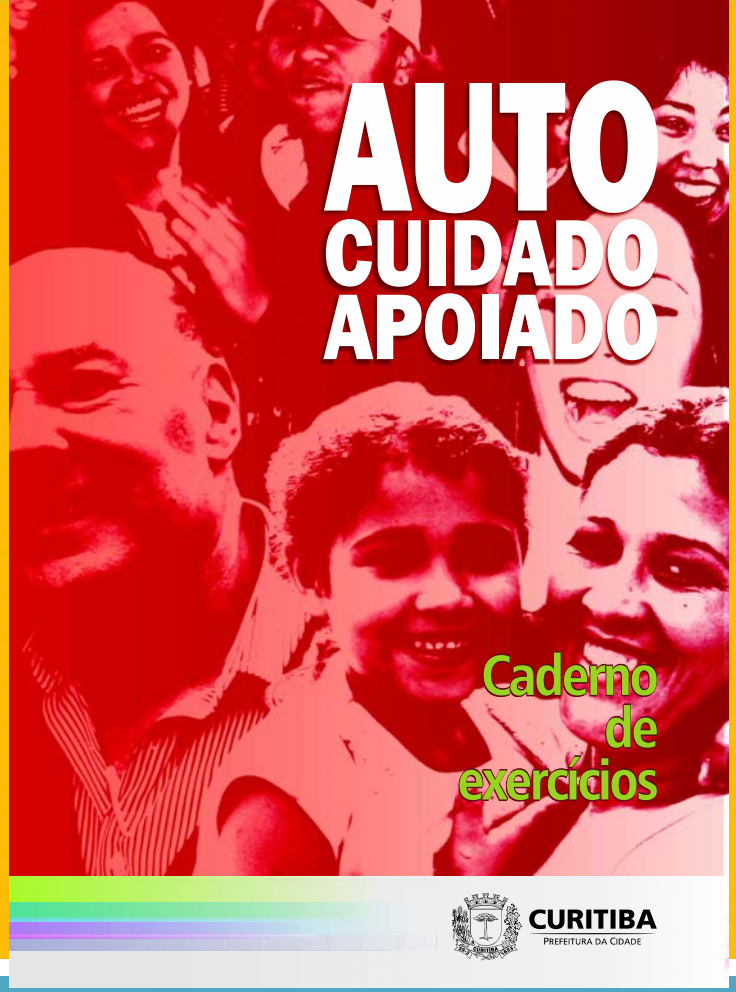
Perfil estabelecido a partir das 13 UBS

- População total vinculada a programas: 25.367
- Idade: maior prevalência entre 45 e 70 anos
- Gênero: mulheres 65,5%
  homens 34,5%

Renda: 34,3% sem renda
56,2% até 5 SM

Escolaridade:

- 6,6% não sabe ler e escrever
- 8,8% alfabetizado
- 58,3% ensino fundamental



Publicações

Manual do Profissional de Saúde

Caderno de Exercícios

Publicações

Estudo de Caso UBS Alvorada

CURITIBA
PREFEITURA DA CIDADE
Secretaria da Saúde

"A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa, transformam-se em oportunidades"

(Maxwell Maltz)

Obrigado!

Antonio Dercy Silveira Filho
CIS/SMS-Curitiba