

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 8 – ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE

Autores:

Beatriz Azeredo Pacheco Bartalotti

Cirurgiã-dentista da Prefeitura de Sorocaba/ SP e Alumínio/ SP

Especialista Saúde da Família – UNIFESP

Mestranda Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

João Peres Neto

Cirurgião-dentista, Coordenador Saúde Bucal – Ubirajara/ SP

Especialista Saúde da Família – UNIFESP

Mestrando Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Organizar a demanda dos serviços de saúde deve ser uma busca constante, por parte dos gestores e profissionais da área, pois a dinâmica das populações exige tal postura, quer no campo epidemiológico, demográfico e social. Os serviços devem se adequar às necessidades, de tal maneira que o princípio da equidade, entendida como uma forma de dirimir as iniquidades em saúde, se faça presente e a demanda atendida em suas reais necessidades da maneira mais organizada e justa possível.

Conteúdo Programático

- Considerações iniciais
- Condições de saúde
- Redes de Atenção e Modelos de atenção
- Modelos de Atenção para Condições Agudas
- Modelos de Atenção para Condições Crônicas
- Atenção Não Programada e Atenção Programada
- Referências

Leitura Obrigatória

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Cadernos de Atenção Básica, nº 28.

Leitura Complementar

Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhagaba. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19): 133-41.

Albuquerque MSV, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidade e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. 2013; 22(1): 223-36.

Atividades

Como forma de consolidar o conhecimento, propõe-se a leitura do artigo abaixo citado e preparo de uma síntese de no máximo 2 páginas sobre o artigo: Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública. 2012; 46(Supl 1): 126-34.

Procure saber e faça uma descrição de como sua cidade trabalha a questão da organização da demanda na Atenção Primária em Saúde

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

O conceito de condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela (Mendes, 2011).

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica. A emergência de uma situação de condições de saúde, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

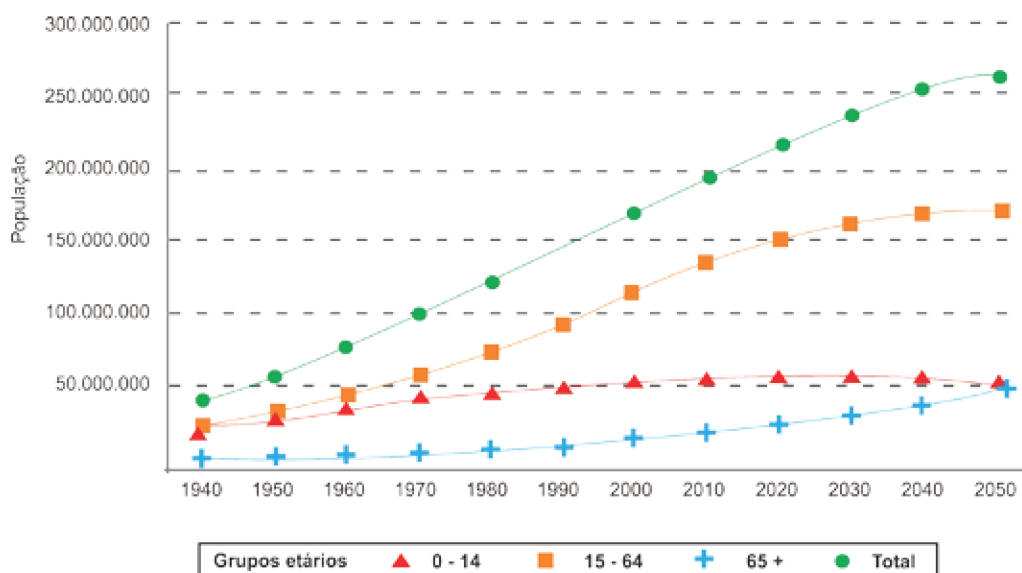


Gráfico 1. População Total segundo grandes grupos etários no Brasil, 1940 a 2050
Fonte: Brito (2007), citado por Mendes (2011)

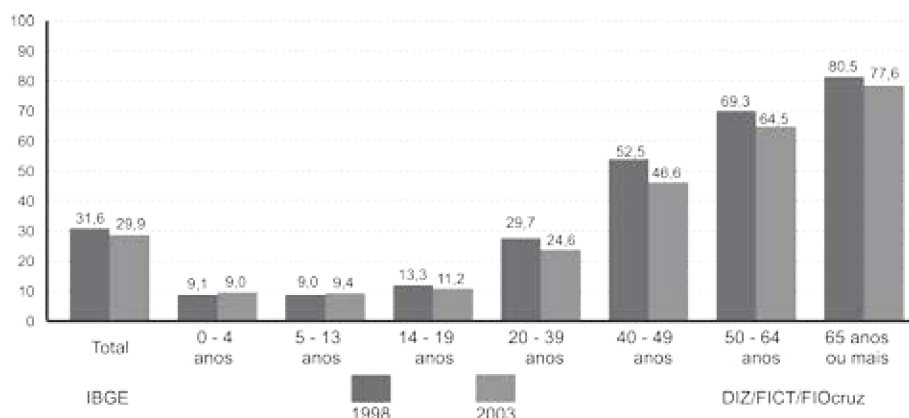


Gráfico 2. Proporção de pessoas que referiram ser portadoras de doenças crônicas por idade. Brasil, 1998 a 2003.
Fonte: Travessos et al. (2005), citado por Mendes (2011)

Hoje, o desafio é superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, propondo inovações e um novo olhar aos indivíduos dentro da atenção à saúde no SUS. O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença e, em especial, no atendimento a demanda espontânea, ou seja, meramente reativo perante uma determinada situação, o que não responde plenamente as demandas desse cenário de transição (Brasil, 2014b).

Em 28 de junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dá-se grande avanço para a construção das Redes de Atenção Saúde (RAS) nas regiões de Saúde, que se fundamenta na compreensão da Atenção Básica à Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado nos demais pontos da rede, de tal forma que modelos de atenção à saúde, que respondam as condições agudas e as condições crônicas, devem se estruturar nas redes de atenção de forma que busquem as melhores estratégias de ação e alcancem os melhores resultados e, uma dessas maneiras, é estruturar-se de modo a atender a atenção programada e a não programada.

A atenção programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o “barulho” do evento agudo e agendada previamente, em intervalos regulares e previsíveis (Improving Chronic Illness Care, 2008). As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer. Por isso, é inerente as condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências, além é claro da Atenção Básica e demais serviços estarem aptos a atender esses eventos.

2. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Na perspectiva do conceito atualmente utilizado para condição de saúde, em que considera os aspectos individuais e os relativos aos serviços, necessários e ofertados em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 2003, passa a adotar o conceito de condições agudas e condições crônicas para responder as necessidades em saúde em três frentes: primeira, em relação ao tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; segunda, a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e finalmente, o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado (Mendes, 2011).

As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (Von Korff et al., 1997; Singh, 2008).

Quadro 1: As diferenças entre as condições agudas e crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e Prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Fonte: Lorig et al., 2006.

A transição demográfica e epidemiológica, por que passa o mundo de maneira geral, leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos e o que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (Chaimovitz, 1997).

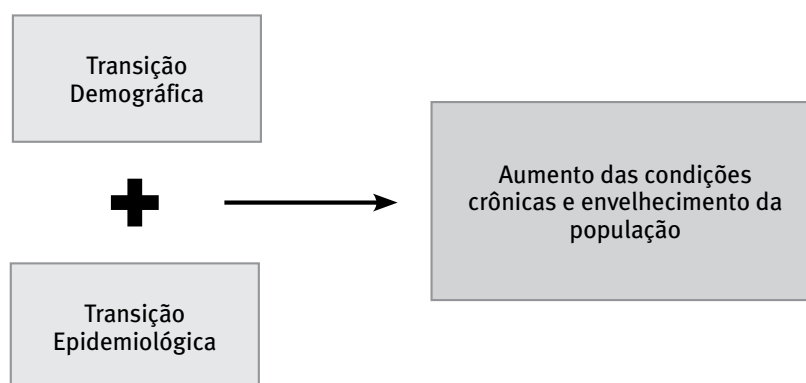
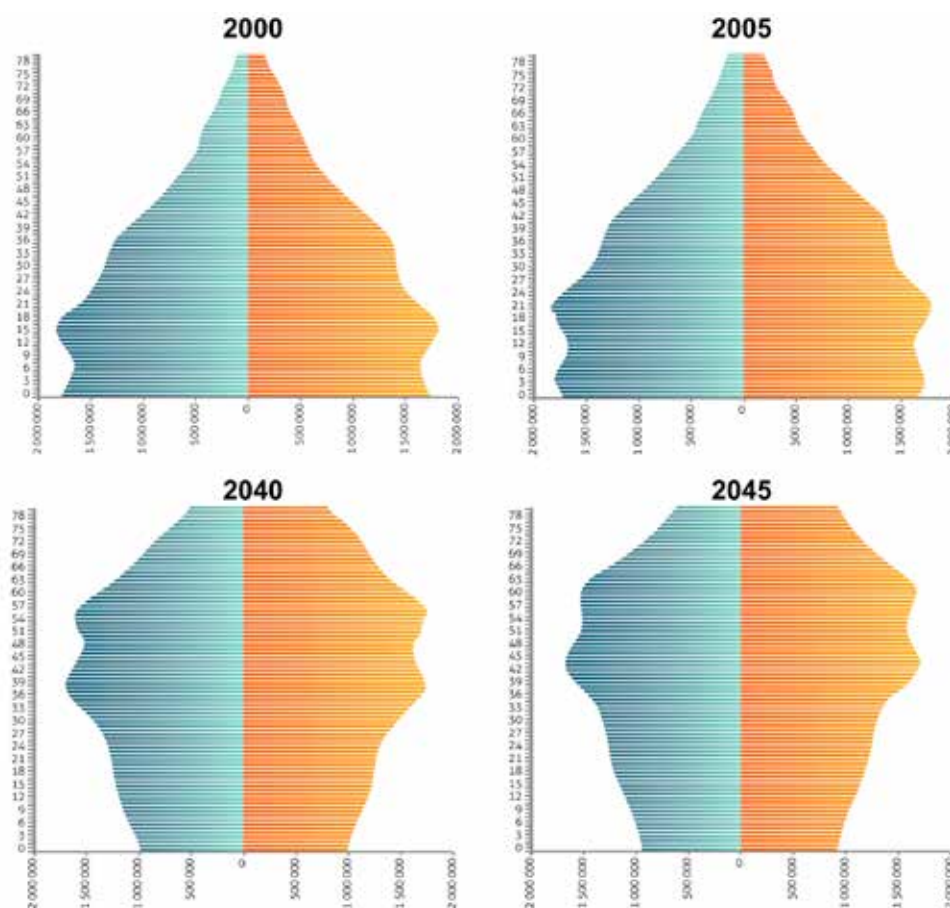


Figura 1. Consequência das transições demográficas e epidemiológica. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2005, dos 58 milhões de óbitos por todas as causas ocorridas no mundo, estima-se que 35 milhões (60,3%) ocorreram por doenças crônicas (25 milhões por doenças cardiovasculares e câncer), o dobro de mortes causadas por doenças infecciosas, incluindo HIV/aids, tuberculose e malária (World Health Organization, 2005).

No Reino Unido, seis em cada dez adultos apresentam uma doença crônica que exige cuidados de longa duração e que não pode ser curada. Essas pessoas, frequentemente, apresentam mais de uma doença crônica, o que torna a atenção mais complexa. Além disso, 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde são por doenças crônicas e 2/3 das internações nos hospitais do Reino Unido são causadas por essas doenças (Singh e Ham, 2006).

A situação das condições de saúde no Brasil não é muito diferente, ainda que singular uma vez que a transição demográfica é muito acelerada, resultando numa transformação da pirâmide etária da população, típica de sociedades envelhecidas. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

Figura 2. Pirâmides etárias do Brasil de 2000 a 2005 e projeções para 2040 e 2045

Os dados provenientes da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2003) mostram que, em 2003, 77,6% dos brasileiros de 65 ou mais anos de idade relataram ser portadores de doenças crônicas, sendo que um terço deles, de mais de uma doença crônica. Em 2008, o PNAD mostrou que 71,9% das pessoas de 65 anos ou mais declararam ter, pelo menos, um dos 12 tipos de doenças crônicas

selecionadas. Do total de pessoas, 31,3% reportaram doenças crônicas, o que significa 59,5 milhões de brasileiros. 5,9% da população declararam ter três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010).

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Existem, entretanto, padrões diferenciados de transição epidemiológica, especialmente, observados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas (Frenk, 2006).

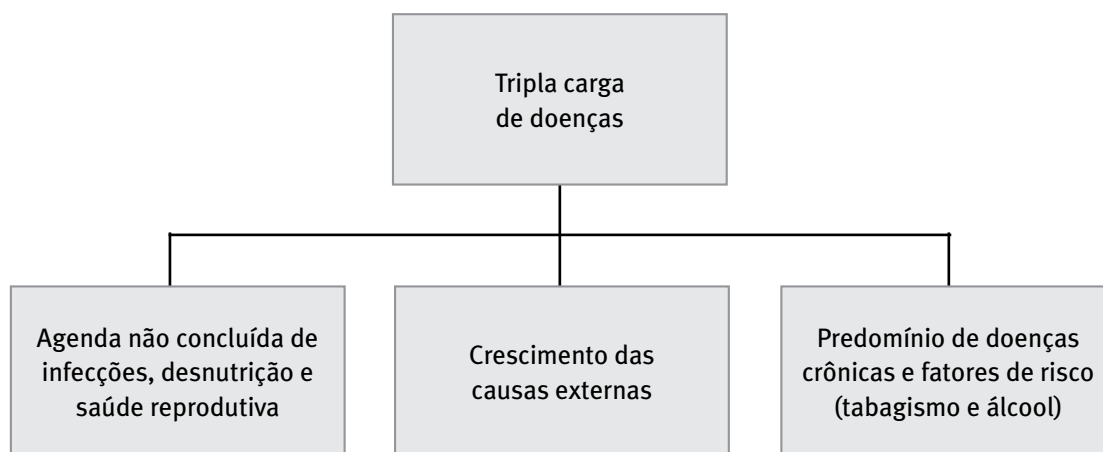


Figura 3. Esquema da condição de Tripla carga de doenças. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

A emergência de uma situação de condições de saúde, caracterizada pela tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo de condições crônicas, convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

3. REDES DE ATENÇÃO E MODELOS DE ATENÇÃO

Hoje, o desafio é superar o modelo biomédico que vê o indivíduo e organiza o cuidado de maneira fragmentada, propondo inovações e um novo olhar aos indivíduos dentro da atenção à saúde no SUS. O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença, e em especial no atendimento a demanda espontânea, ou seja, meramente reativo perante a uma determinada situação, o que não responde plenamente as demandas desse cenário de transição (Brasil, 2014b). Diante dessa situação, observa-se a urgência em se reorganizar os serviços públicos de saúde, a partir da instituição de redes integradas e regionalizadas, com a de-

finição de linhas de cuidado pautadas na demanda e nas necessidades dos usuários, e que integrem os diferentes níveis da Atenção à Saúde (Montenegro et al., 2010).

As redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. Uma RAS consiste na organização do conjunto de serviços e ações de Saúde de distintas densidades tecnológicas que, integrados por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma região de Saúde (Brasil, 2014a).

A Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro, publicada em 2010, estabelece diretrizes para a organização das redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2014a). Em 28 de junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dá-se grande avanço para a construção das RAS nas regiões de Saúde. A criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), enquanto instrumento jurídico para pactuação entre os gestores, e a constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR), enquanto espaço legítimo para deliberações propicia que os diversos territórios no País se organizem para, de fato, estruturarem seus serviços de Atenção à Saúde dentro de uma rede.

A RAS fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica à Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual se realiza e coordena o cuidado nos demais pontos da rede de atenção. A Atenção Básica (AB), dessa forma, é primordial para o funcionamento das RAS, sendo o centro de comunicação, porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS (Brasil, 2011a). No SUS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Brasil, 2014b).

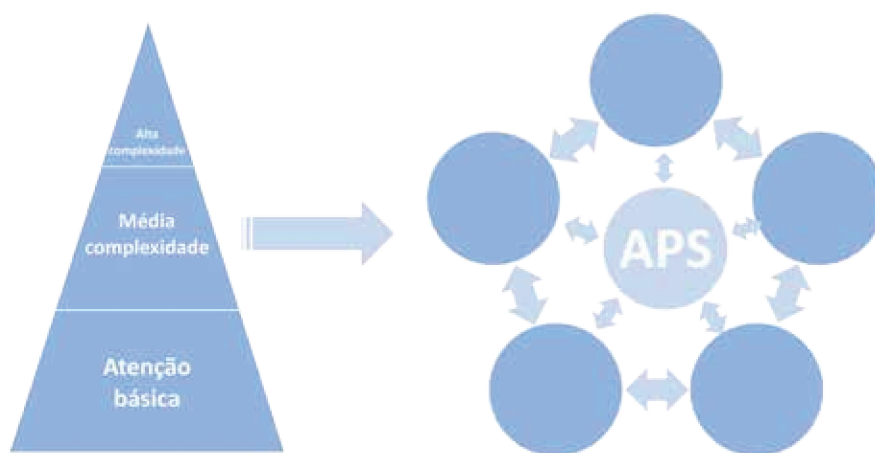


Figura 4- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Fonte: Mendes, 2011.

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois a unidade básica é o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral, e dessa forma, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (Brasil, 2011b).

4. MODELOS DE ATENÇÃO PARA CONDIÇÕES AGUDAS

As condições e os eventos decorrentes de condições crônicas agudizadas exigem, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que, em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, o fator de maior importância para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo-resposta em relação ao risco. Os modelos de triagem nas urgências e emergências mais avançados e que foram construídos numa concepção sistêmica são:

Quadro 2. Modelos de Atenção à Saúde no Mundo

Modelo Australiano	Modelo Americano	Modelo Andorra	Manchester
Tempos de espera de acordo com a gravidade	Focado na necessidade de recursos para o atendimento	Baseado em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado	Baseado na classificação de risco, associados a tempos de espera

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

A classificação de risco deve ser executada por profissional treinado e qualificado, em ambiente adequado. Sendo importante que o tempo de classificação de risco seja curto para que seja mantido o seu principal objetivo: garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico, afirmando que um modelo de triagem efetivo deve ser dinâmico, fácil de entender, fácil de aplicação e ter um elevado índice de concordância entre os profissionais classificadores.

O Modelo de triagem de Manchester apresenta alguns elementos de validade: garante critérios uniformes ao longo do tempo e com diferentes equipes de saúde; acaba com a triagem sem fundamentação científica; pode ser feito por qualquer profissional de saúde; garante a segurança das pessoas usuárias e dos profissionais de saúde; é rápido; e pode ser auditado (Cordeiro Júnior, 2008).

Quadro 3: Sistema Manchester de classificação de risco

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Fonte: Mackway-Jones et al., 2010.

Conhecendo estes modelos de triagem com a utilização da definição de prioridades como linha guia, consegue-se determinar um fluxo pactuado pelos serviços. Nesse contexto, o protocolo de classificação de risco é a ferramenta de comunicação, responsabilização e regulação das redes de condições agudas, pois permite acompanhar, em tempo real, esses fluxos, e ainda, regular o transporte entre os serviços (Marques, 2011).

Assim, um exemplo deste modelo de atenção em situações agudas é proposto pela Secretaria de Estado de Minas Gerais, com um desenho das matrizes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências, com definição dos pontos de atenção, a competência ou responsabilidade de cada ponto, e a respectiva área de abrangência, tendo como eixo norteador o Protocolo de Manchester. É importante ressaltar que a utilização de um protocolo de Classificação de Risco, seja qual for, não garante os resultados em uma instituição ou uma rede, somente norteia este protocolo (Dlugacz et al., 2004).

O Quadro 4 mostra um fluxograma de determinantes gerais do Protocolo de Manchester, que foi a linguagem adotada em Minas Gerais, após amplo debate no Comitê Estadual de Urgência/Emergência, instância interinstitucional criada por ato normativo do Secretário Estadual de Saúde.

Quadro 4. Fluxograma de determinantes do Protocolo de Manchester

Determinantes Gerais	
Obstrução de vias aéreas	Vermelho
Respiração inadequada	
Hemorragia exanguinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	Laranja
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Hipotermia	
Dor moderada	
Hemorragia menor incontrolável	Amarelo
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor leve recente	Verde
Febre baixa	
Evento recente	
	Azul

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

Os pontos de atenção da rede englobam Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospital de Urgência Básica, Unidade não hospitalar de atendimento às urgências (UPA), e Hospitais Micro e Macrorregionais.

Na proposta de modelos de Atenção de situações agudas de Minas Gerais, a Atenção Primária deve se responsabilizar na sua área de atuação pela maioria dos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester. Isto implica a reestruturação da Atenção Primária. Pacientes que chegam à UBS (Unidade Básica de Saúde) ou USF (Unidade Saúde da Família) em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea deverão ter seu primeiro atendimento nesse local. Isto leva à reestruturação do espaço físico e dos fluxos, além de qualificação da

equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados para esses pontos pelo complexo regulador. O primeiro atendimento a doentes graves se dará somente quando esses se apresentarem espontaneamente nestas estruturas (Marques, 2011).

A seguir, no Quadro 5, são descritos os níveis e pontos de atenção, com suas respectivas competências, assim como os territórios sanitários. Como apontado anteriormente, essa organização é norteadada pelo Protocolo de Manchester.

Quadro 5. Descrição dos níveis e pontos de atenção

Ponto de atenção	Competência do ponto de atenção	Território Sanitário
Call Center, SAMU 192	• Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
Domicílio	• Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
Unidade Básica de Saúde/PSF	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Resolve verde e azul	Município
“Hospital de Pequeno Porte”	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Atendimento vermelho, laranja e amarelo conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Resolve azul fora do horário de UBS • Acolhe azul.	Município
Unidade de Urgência não Hospitalar *	• 1º atendimento vermelho e laranja • Resolve amarelo e verde • Resolve azul fora do horário da UBS • Acolhe azul	Municípios maior que 200.000 habitantes
Hospital Microrregional sem UTI	• 1º atendimento para vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Acolhe azul	Microrregião
Hospital Microrregional com UTI	• 1º atendimento para vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Atendimento referenciado segundo protocolo • Acolhe azul	Microrregião
SAMU	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Orientar verde e azul	Microrregião
SAMU	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Orientar verde e azul	Macrorregião
Pronto-Socorro Hospital Macro	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul	Macrorregião
Hospital Macrorregional	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul	Macrorregião

Fonte: Cordeiro Júnior, 2008.

5. MODELOS DE ATENÇÃO PARA CONDIÇÃO CRÔNICA

As condições crônicas são variadas e complexas, necessitando de um modelo de atenção à saúde que as organize e que seja resolutivo para este quadro. Estes modelos de atenção são construídos a partir de um modelo seminal, o Modelo de Atenção a Crônicas (MAC), tradução literal de Chronic Care Model (CCM), que foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos. Dele, surgiram várias adaptações aplicadas em partes de todo mundo, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Ele tem sido adotado, com modificações adjetivas, no Canadá, Reino Unido, Alemanha, Rússia, Espanha, Austrália, Dinamarca, Holanda e em alguns países em desenvolvimento. Mendes, em 2007, baseado também no MAC, sugeriu um modelo de atenção às condições crônicas para utilização no SUS (Mendes, 2010).

O MAC é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as modificações devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no esquema do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado (empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada). Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. As interações entre estes seis elementos capacitam usuários informados e ativos, e a equipe de saúde se torna mais preparada e proativa para produzir resultados sanitários e funcionais satisfatórios para a população (Mendes, 2010).



Figura 5: O modelo de atenção crônica (MAC). Fonte: Wagner, 1998.

As mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços de saúde objetivam assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um autocuidado apoiado. Isso se faz por meio de:

- Clara definição de papéis e distribuição de tarefas entre os membros da equipe de saúde.
- Uso planejado de instrumentos para dar suporte a uma atenção à saúde baseada em evidência.
- Provisão de gestão de caso para os portadores de condições de saúde muito complexas.
- Monitoramento regular dos portadores de condição crônica pela equipe de saúde.

- Provisão de atenção à saúde de acordo com as necessidades e a compreensão das pessoas usuárias e em conformidade com sua cultura (Mendes, 2011).

Assim, Mendes baseou-se no modelo de determinação social da saúde, para adaptar o MAC para o SUS que foi denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários, em 2013, as principais variáveis incorporadas no MACC, e que derivam das inúmeras evidências produzidas pela avaliação deste, são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela atenção primária à saúde (APS); suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (Mendes, 2007).

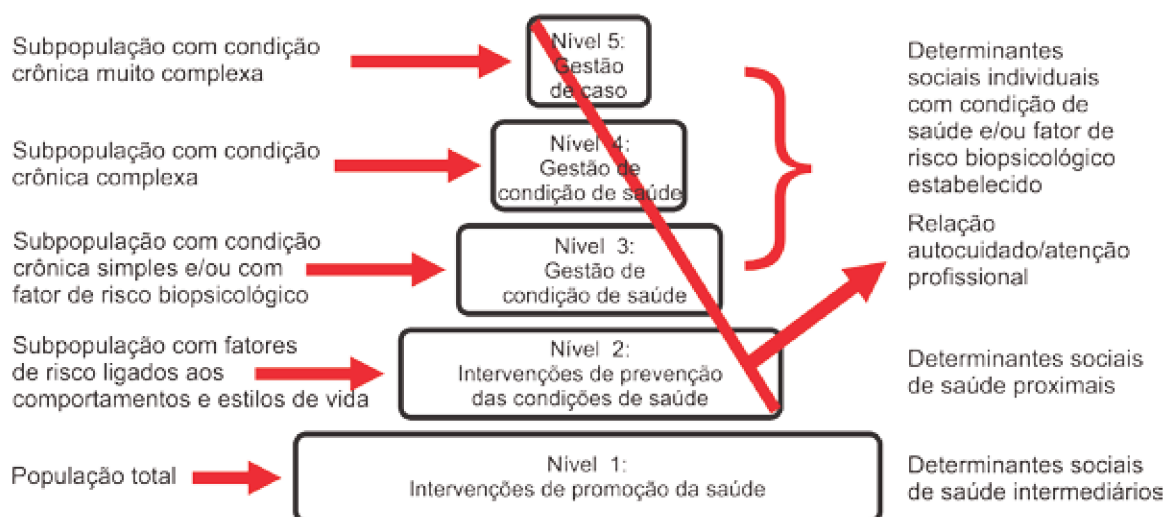


Figura 6: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Fonte: Mendes, 2007.

A composição do MACC divide-se em cinco níveis e em três componentes integrados: a população (à esquerda da Figura 6), os focos das intervenções de saúde (à direita da Figura 6) e os tipos de intervenções de saúde (no meio da Figura 6). A linha transversal que corta a ilustração, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha representa, hegemonicamente, o autocuidado apoiado. Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional e, no nível 5, há uma forte concentração da atenção profissional coordenada por um gestor de caso. Mas as mudanças na atenção à saúde, determinadas pelo MACC, são mais profundas e vão muito além da atenção profissional e o autocuidado apoiado (Mendes, 2011).

Os determinantes sociais da saúde, articulados com o MACC, são definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Assim, a distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades é uma questão de justiça social e um imperativo ético para o qual devem ser estruturadas três grandes linhas de ação: melhorar as condições de vida da população; lutar contra a distribuição desigual do poder e dos recursos; e medir a magnitude do problema, avaliar as intervenções, ampliar a base de conhecimentos, dotar-se de pessoal capacitado em determinantes sociais da saúde e sensibilizar a opinião pública a esse respeito (Comisión sobre los Determinantes Sociales de La Salud, 2008). Os determinantes sociais influenciam diretamente nos indicadores de saúde, devido a isso, qualquer modelo de atenção à saúde, deve estar atento a estes elementos.



Figura 7: O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead (1991). Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Observando-se os determinantes sociais, percebe-se que há a necessidade de estratificar a população em grupos de risco, permitindo identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos. Esta lógica se apoia num manejo diferenciado, pelas RASs, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

Atualmente, no Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, que veio como uma nova maneira de se organizar a assistência, tem-se conseguido, através do controle de risco familiar, direcionar ações em saúde para famílias e grupos de risco semelhantes.

Um exemplo de como organizar as condições crônicas, nos grupos de risco, está na prefeitura de Curitiba, segundo o quadro abaixo:

Quadro 6: Atividades dos grupos programáticos e temáticos em Curitiba

Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas em Curitiba	
Grupos programáticos	
Revisão da diretriz clínica de HAS, DM2 e depressão Revisão da planilha de programação da HAS, DM2 e depressão Elaboração do plano de implantação da diretriz clínica de HAS, DM2 e depressão na UBS Seleção dos indicadores de monitoramento do Programa de HAS, DM2 e depressão	
Grupos temáticos	
Prevenção das condições de saúde	
Elaboração/revisão do Programa de controle do tabagismo na APS Elaboração/revisão do Programa de alimentação saudável na APS Elaboração/revisão do Programa de atividade física na APS	
Tecnologias de mudança de comportamento	
Elaboração de material de apoio sobre tecnologias de mudanças de comportamento	
Autocuidado apoiado	
Elaboração de um modelo de plano de autocuidado Elaboração de um sistema de monitoramento dos planos de autocuidado apoiado Elaboração de instrumento de avaliação da capacidade de autocuidado das pessoas portadoras de HAS, DM2 e depressão Elaboração de Manual de autocuidado apoiado para profissionais, e caderno de exercícios para usuários sobre autocuidado apoiado	
Relações com a comunidade	
Elaboração/revisão do sistema de identificação dos recursos comunitários na área de abrangência da UBS, para suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão Elaboração/revisão do sistema de informação sobre os recursos comunitários na área de abrangência da UBS, para suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão Elaboração/revisão do sistema de institucionalização de parcerias da UBS com instituições comunitárias para dar suporte aos programas de HAS, DM2 e depressão	
Educação permanente	
Elaboração de uma proposta de educação permanente dos profissionais das equipes das UBS com base nos princípios da andragogia	
Educação em saúde	
Elaboração de material para educação popular em saúde, de pessoas portadoras de HAS, DM2 e depressão	
Sistemas de informação da clínica	
Incorporação no prontuário eletrônico do registro de portadores de HAS, DM2 e depressão por riscos Incorporação no prontuário eletrônico do registro de tabagistas Incorporação no prontuário eletrônico do registro de portadores de sobrepeso ou obesidade Incorporação no prontuário eletrônico do registro de inatividade física Incorporação no prontuário eletrônico dos indicadores de monitoramento de HAS, DM2 e depressão Definição de campo de prontuário para registro do plano de cuidado e plano de autocuidado Revisão da capacidade de o prontuário eletrônico dar alertas, lembretes e feedback em relação aos HAS, DM2 e depressão Revisar sistema de atenção eletrônica para garantia de acesso online de materiais educativos, resultados de exames, prescrição de medicamentos etc. Revisão do cadastramento das pessoas usuárias nas UBS de internação	

Sistema de prestação de serviços
Elaboração de proposta de atendimento em grupo
Elaboração de proposta de trabalho conjunto de generalistas e especialistas
Elaboração de sistema de monitoramento por telefone ou internet
Pesquisa avaliativa
Elaboração de Projeto de Pesquisa
Submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa
Submissão do projeto de Pesquisa ao Laboratório de Cuidados de Condições Crônicas na APS – OPAS
Seleção de UBS piloto e de intervenção
Seleção, em conjunto com o grupo programático, de indicadores de monitoramento de HAS, DM2 e Depressão
Validação do instrumento de avaliação pelos profissionais da capacidade institucional da APS para manejo de HAS, DM2 e Depressão (ACIC)
Validação do instrumento de avaliação pelas pessoas usuárias sobre o cuidado em HAS, DM2 e Depressão (PACIC)
Desenvolvimento da pesquisa avaliativa

Fonte: Lecheta e Gonzales Gomes, 2011.

Toda a proposta de organização da atenção às condições crônicas no Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas em Curitiba (LIACC) se estruturou a partir da estratificação de risco, identificando aqueles usuários e famílias mais dependentes de um acompanhamento contínuo. Antes do LIACC, as equipes das UBS em Curitiba já trabalhavam com a estratificação de risco na organização da oferta da atenção à saúde ao cuidado das condições crônicas, porém o modelo de atenção concentrava o cuidado profissional individual aos pacientes de alto risco. O LIACC propôs a reorganização do atendimento, inovando no manejo dessas condições crônicas como principal estratégia de mudança (Organização Pan-Americana da Saúde, 2013).

Portanto, modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de danos e riscos à saúde de uma população ou grupo de pessoas que, por sua vez, expressam necessidades sociais, e estas devem nortear as ações em saúde, para que desta maneira seja alcançado os princípios de equidade e integralidade.

6. ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA E ATENÇÃO PROGRAMADA

As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer, seja ela uma doença infecciosa de curso curto, como uma amigdalite, seja um trauma, seja um momento de agudização de uma condição crônica. Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Ao contrário, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo devem ser manejadas por meio de uma atenção programada. É certo que há momentos de agudização das condições crônicas, mas isso não pode ser considerado uma condição aguda, mas um evento agudo decorrente de complicações das condições crônicas. Portanto, as agudizações das condições crônicas devem ser consideradas eventos agudos, diferentes das condições agudas, e sua ocorrência deve ser entendida, na maioria dos casos, como um evento-sentinela que sinaliza uma falha no sistema de manejo das condições crônicas (Mendes, 2011).

A atenção programada é o tipo de atenção que se deve aplicar às condições crônicas, ofertada sem a presença e o “barulho” do evento agudo e agendada, previamente, em intervalos regulares e previsíveis

(Improving Chronic Illness Care, 2015). É um atendimento que se faz com base num plano de cuidado que foi elaborado pela equipe de saúde com a pessoa usuária, e com o objetivo principal de monitorá-lo e de promover as alterações necessárias. A atenção programada deve estar prevista nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, segundo os diferentes estratos de riscos dos portadores de uma condição crônica. Essas diretrizes clínicas devem definir o tipo do atendimento, quem faz, em que condições e com que frequência. A atenção programada termina num plano de cuidado elaborado ou revisado e acordado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias.

A atenção programada deve obedecer alguns requisitos de qualidade: prevenir as falhas pela padronização por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são aplicadas para as condições crônicas; identificar prontamente as falhas e solucioná-las ou reduzir seus impactos negativos por meio de um bom sistema de informações clínicas, centrado num prontuário eletrônico e no registro dos portadores de condições crônicas por estratos de riscos; elaborar, colaborativamente, os planos de cuidado e a agenda de atendimentos periódicos; e redesenhar os processos para superar as falhas ocorridas (Kabacoff et al., 2006).

Os sistemas de atenção à saúde, fragmentados, em geral, apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção não programada e a atenção programada, com privilegiação da primeira. Isso é natural porque eles se estruturam, basicamente, para o controle das condições e dos eventos agudos. Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas.

Buscar maneiras que sejam capazes de lidar com a atenção não programada, da maneira mais resolutiva possível, faz-se necessária, uma vez que a porta de entrada preferencial do SUS são as Unidades Básicas de Saúde e sabe-se que a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes, se caracterizando pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave (Brasil, 2011b).

Entende-se por acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população (Franco et al., 1999). Partindo dessa perspectiva, podemos pensar em modos de acolher a demanda espontânea (não programada) que chega às unidades de atenção básica.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles, uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto atendimento ou hospital” (Brasil, 2011b).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta, ou protocolos, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas priorizações.

A utilização de tais protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços. Esses protocolos podem ser referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata da atenção básica. A natureza da atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exige, de for-

ma bastante evidente, a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades. Por várias razões, entre as quais destacamos algumas:

- A presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia (médicas ou não), agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo;
- As classificações devem ser encaradas de maneira dinâmica, já que pode haver mudança no grau de risco de um usuário, estando na unidade ou após ter saído dela;
- Pode haver necessidade de mais de um tipo de intervenção (oferta de cuidado) no mesmo dia ou de programar outra(s) intervenção(ões). Por exemplo, uma criança com febre de 38,5 graus e dispneia leve pode receber um antitérmico ou compressa fria (pelo enfermeiro) antes de ser avaliada pelo médico (Brasil, 2011b).

É importante reforçar que a maneira como se organizará a agenda e a modalidade adequada para se desenvolver o acolhimento em uma unidade precisa variar, de acordo com determinadas características locais; sendo assim, uma boa alternativa é que os municípios desenvolvam estudos sobre o perfil de sua população, considerando dados de mortalidade, morbidade, condições sociais, violência, saneamento, redes de serviços públicos e privados, entre outros, para determinar estratificações entre as diferentes regiões.

7. EXPERIÊNCIAS

Exemplo 1: ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL

A organização do serviço odontológico, entendido como uma das áreas da saúde, no seu caráter multidisciplinar pelas equipes da atenção primária, deve ser pensada de tal maneira que, o acesso da população se dê da maneira mais equânime possível.

A figura abaixo mostra uma possibilidade de se trabalhar a organização da agenda, pensando nas principais formas de inserção dos usuários aos serviços:



Figura 8. Portas de acesso na organização da agenda do serviço odontológico. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

A adoção de classificações de risco familiar e individual, segundo cada contexto local, levando-se em conta o perfil epidemiológico da população adstrita e seus determinantes sociais mostra-se importante, pois segundo Kobayashi (2012), famílias em risco social apresentam-se com duas vezes mais chances de apresentar cárie quando comparadas com famílias sem risco familiar.

A classificação de risco possibilita uma abordagem coletiva onde é viabilizada a identificação dos indivíduos de maior risco, permitindo priorizá-los em relação às atividades preventivas e curativas em busca da equidade das ações de saúde bucal. Além disso, também são instrumentos de estratificação de risco, as escalas familiares, que determinam seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Uma opção é a Escala de Coelho-Savassi, que é um instrumento simples de análise do risco familiar, baseada na Ficha A do SIAB, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a programação da agenda deve pautar-se nos seguintes parâmetros:

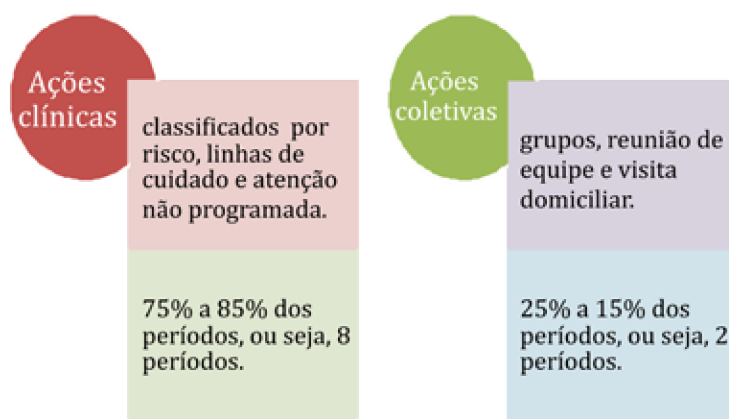


Figura 9. Ações clínicas e coletivas. Fonte: Elaborado pelos próprios autores

Desta forma as decisões podem ser tomadas, quando se pensa em organização da demanda do serviço odontológico, através do esquema de ações abaixo:

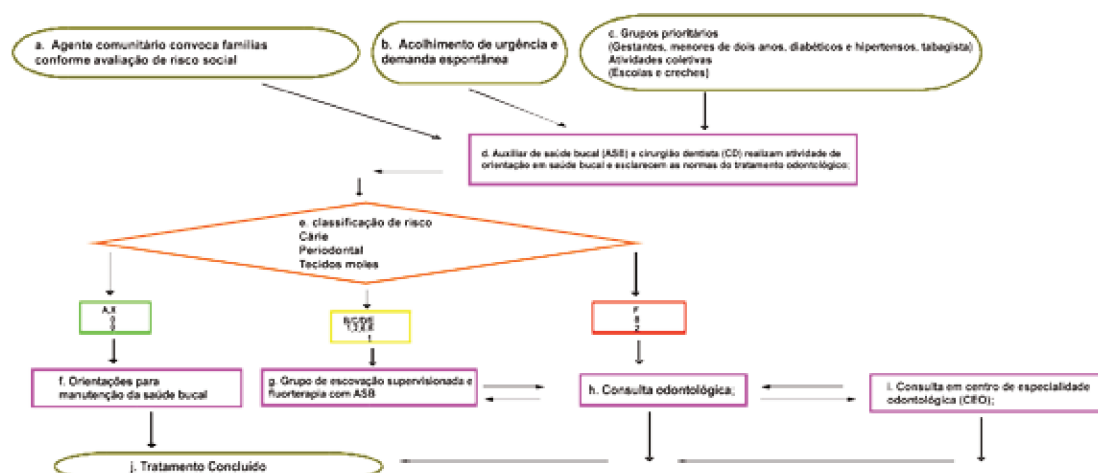


Figura 10. Exemplo de organização da demanda em saúde bucal de uma USF na cidade de Piracicaba, 2015. Fonte: Pereira, 2015 (informação verbal)**

** Informação e slide fornecido pelo docente Antonio Carlos Pereira em aula proferida na Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp, em Piracicaba, 2015.

Experiência – Exemplo 2: Organizando a demanda através do Acesso Avançado em Curitiba

As agendas das unidades teoricamente devem ter espaço para a demanda programada (60 a 70%) e a demanda espontânea (30 a 40%). Todavia, em alguns momentos esta forma de organização pode engessar o sistema e não permitir a flexibilização da agenda para melhor atender a algumas necessidades específicas da comunidade. Pautado nessa premissa, a cidade de Curitiba iniciou um novo modelo de atenção denominado “Acesso Avançado”, com o objetivo de diminuir filas na Atenção Primária. Nesse modelo o objetivo é o atendimento da demanda diária, onde todos os pacientes são agendados para o mesmo dia e com atuação dos profissionais da equipe. No modelo tradicional os pacientes são encaminhados para um membro da equipe, sendo este o médico de referência ou não (por exemplo quando a agenda está lotada), enquanto no Acesso Avançado todos os médicos e enfermeiros tem agendamento disponível para o dia.

Nesse modelo não há distinção entre urgência e consulta programada. Como dito, o objetivo é realizar o trabalho do dia de HOJE, sendo agendados pacientes por tipo de médico e não urgência. Dessa forma, o processo de triagem passa a ser praticamente eliminado, liberando profissionais e não necessitando de marcação de consultas de retorno. Na teoria, segundo relatos de profissionais trabalhando nesse modelo, inicialmente pode-se pensar que a demanda aumentará muito, contudo percebe-se que a demanda vai diminuindo com o tempo pois os pacientes passam a ter uma vinculação maior com os profissionais da equipe. Contudo, se a demanda exceder a capacidade produtiva permanentemente é necessário um redimensionamento da equipe, calculando por exemplo o número médio de pacientes por dia que procuraram o serviço (Equipe Telessaúde Santa Catarina, 2014).

Saiba mais sobre o ACESSO AVANÇADO EM:

file:///C:/Users/Pereira1/Downloads/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf

8 – REFERÊNCIAS

- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011a jun 29. Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Cadernos de Atenção Básica, nº 28.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. Cadernos de Atenção Básica, nº 35.
- Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado as pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

- Brito, F. – A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, 2007.
- Chaimovitz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/CDSS; 2008.
- Comission on Social Determinants Of Health – A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva, WHO, Discussion Paper for the Comission on Social Determinants of Health, Draft, 2007.
- Cordeiro Júnior W. A gestão de riscos na urgência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2008.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Stocolm: Institute for Future Studies; 1991.
- Dlugacz YD, Restifo A, Greenwood A. The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco: John Wiley & Sons; 2004.
- Equipe Telessaúde Santa Catarina. Disponível em: <http://aps.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>. Publicado em 01 de dezembro de 2014 e acessado em 25 de Agosto de 2015.
- Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(2): 345-53.
- Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Comission on Social Determinants of Health; 2006.
- Improving Chronic Illness Care. The chronic care model [acesso 2015 jul 09]. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Kabacell AI, Langley J, Hupke C. Innovations in planned care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2006.
- Kobayashi HM. Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2012.
- Lecheta DR, Gonzales Gomes KS. Protocolo do programa de atenção nutricional às pessoas com necessidades especiais de alimentação. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; 2011.
- Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3. ed. Boulder: Bull Publishing; 2006.
- Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
- Marques, SAJ. Rede de atenção à urgência e emergência: estudo de caso na macrorregião norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2007.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(5): 2297-305.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549p.
- Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2010; [acesso 2015 fev 25] 44(3): 649-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300014&script=sci_arttext

- Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.
- Singh D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen: WHO; 2008.
- Singh D, Ham C. Improving care for people with long-term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham: Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham; 2006.
- Travassos, C. *et al.* – Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro, DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med.* 1997; 127(12): 1097-102.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998; 1(1): 2-4.
- World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.