



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

"30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!"

Atenção Básica

PROJETO PILOTO: MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PIRES

Valquiria Djehizian, Patricia Freitas, Rosana Mattiazzo Cruciani

1 Prefeitura Estancia Turistica de Ribeirao Pires - Prefeitura Estancia Turistica de Ribeirao Pires
Ribeirão Pires

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Entende-se como condição crônica não somente as doenças crônicas em si, mas também aquelas circunstâncias na saúde do indivíduo que se iniciam e evoluem lentamente, apresentando um curso longo, podendo causar agravamentos, como aparecimentos de mais sintomas e perda da capacidade funcional (MENDES, 2011). O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) no Brasil foi desenvolvido por Eugênio Vilaça Mendes e é estruturado em três componentes integrados: modelo da pirâmide de risco (MPR); modelo da determinação social da saúde; e modelo de atenção crônica (MENDES, 2015). No MPR está identificada a população total estratificada em subpopulações por meio de estratificação de risco, referentes quanto à complexidade da sua condição. Já no modelo de atenção crônica estão os cinco níveis de intervenções de saúde, como as intervenções preventivas, promocionais e gestão da condição de saúde e gestão de caso. E o modelo da determinação social da saúde está dividido em determinação intermediária, proximal e individual. A integração desses componentes permite realizar transformações em longo prazo das estruturas e das relações sociais, bem como promover tanto ações específicas através de programas verticais quanto uma comunicação horizontal entre os setores da saúde (MENDES, 2011). Sendo assim, o MACC promove uma melhor organização da Atenção Básica, pelo fato de promover maior foco no indivíduo, na família e na comunidade, tendo como base uma equipe de saúde preparada, acolhedora e humanizada, uma vez que há uma exaustão do modelo atual assistencial, onde o foco se concentra em uma atenção fragmentada, sem a participação dos usuários e da comunidade (MENDES, 2012). Como justificativa a contribuição deste trabalho é melhorar a condição de vida dos pacientes com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Ainda, é importante relatar que esta proposta de trabalho na atenção primária agrega valor para os trabalhadores das unidades de saúde que acabam estabelecendo vínculo aos pacientes e se tornam referências para estes usuários e consequentemente esses funcionários ficam satisfeitos e motivados com seu desempenho.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GERAIS: - Promover interlocução entre a equipe multiprofissional e a comunidade. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Sensibilizar a equipe a cuidar dos problemas cotidianos das unidades. - Implementar as linhas de Cuidado da Hipertensão e Diabetes Mellitus para se possa promover melhor adesão ao tratamento e maior conscientização da população em relação aos agravos que estas doenças podem ocasionar. - Expandir o mesmo modelo para as demais unidades do município e região do grande ABC.



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

“30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!”

METODOLOGIA

Este é um Projeto Piloto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que selecionou o município de Ribeirão Pires para a implantação do novo Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O projeto iniciou em Abril de 2017 para pactuação entre os gestores e escolha da unidade, ficando definidos encontros periódicos, podendo ser quinzenais ou mensais. Esses encontros foram e ainda são realizados na unidade escolhida para a abordagem e implantação dos macroprocessos, protocolos, monitoramento e avaliação já preparados pela equipe do Estado. A unidade escolhida foi a Unidade de Saúde da Família (USF) IV Divisão por apresentar uma equipe capacitada e proativa, além de possuir um território consideravelmente pequeno, contando com uma população com cerca de 8 mil habitantes, o que permite maior controle nas possíveis intervenções necessárias.

RESULTADOS

A partir dos encontros realizados foram obtidos os seguintes resultados:

- Adequação visual e estrutural da unidade;
- Realização de Mapas Inteligentes (por micro áreas) e Mapa Territorial;
- Realização de Reuniões Mensais de Equipe: discussão de casos com a equipe multiprofissional;
- Adequação da Escala de Coelho Savassi para realidade do Município e aplicação nas famílias cadastradas na unidade: nessa nova escala foram acrescentadas mais quatro sentinelas de risco;
- Reorganização das agendas de consultas médicas: depois da aplicação da Escala de Coelho e obtenção dos escores de riscos;
- Criação de grupos de pacientes hipertensos e diabéticos: são encontros mensais pré-agendados, onde são realizadas as renovações de prescrições médicas, bem como palestras sobre as doenças e rodas de conversa (CAMPOS, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS Este projeto promove maior foco na saúde do indivíduo e da família, tornando estes cada vez mais participativos e próximos da unidade. Além disso, capacita e sensibiliza os colaboradores que desempenham papel fundamental para se obter um atendimento proativo, integrado e contínuo. Este projeto, além de permitir melhor organização da Atenção Básica, promove uma linha de cuidado longitudinal e maior resolutividade de casos que necessitam de maior manejo no cuidado, uma vez que o sistema atual apresenta viés por ser fragmentado, o que faz com que sobrecarregue os equipamentos de saúde.