

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

DEFININDO CONCEITOS

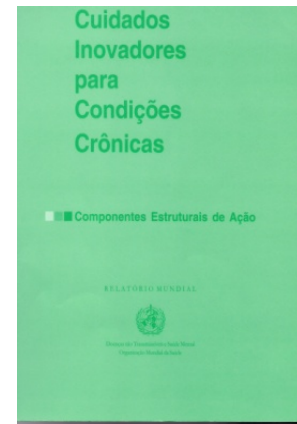
- **O CONCEITO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **O CONCEITO DE CONDIÇÃO CRÔNICA**
- **O CONCEITO DE APS**

O CONCEITO DE MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE É UM SISTEMA LÓGICO QUE ORGANIZA O FUNCIONAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, ARTICULANDO, DE FORMA SINGULAR, AS RELAÇÕES ENTRE OS COMPONENTES DA REDE E AS INTERVENÇÕES SANITÁRIAS, DEFINIDO EM FUNÇÃO DA VISÃO PREVALECENTE DA SAÚDE, DAS SITUAÇÕES DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA E DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, VIGENTES EM DETERMINADO TEMPO E EM DETERMINADA SOCIEDADE

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **CONDIÇÕES AGUDAS**
- **CONDIÇÕES CRÔNICAS**
- **EVENTOS AGUDOS**



Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1: 2-4, 1998.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

O CONCEITO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS

SÃO AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DE CURSO MAIS OU MENOS LONGO OU PERMANENTE QUE EXIGEM RESPOSTAS E AÇÕES CONTÍNUAS, PROATIVAS E INTEGRADAS DO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DAS PESSOAS USUÁRIAS PARA SUA ESTABILIZAÇÃO E CONTROLE EFETIVO, EFICIENTE E COM QUALIDADE

Fontes:

Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1: 2-4, 1998

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **AS DOENÇAS CRÔNICAS:
DOENÇAS CARDIOVASCULARES, CÂNCERES, DIABETES, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS**
- **AS CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS DE CURSO MAIS LONGO**
- **OS FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS BIOPSIOLÓGICOS:
COLESTEROL ELEVADO, DEPRESSÃO, HIPERTENSÃO ARTERIAL,
NÍVEL GLICÊMICO ALTERADO, SOBREPESO OU OBESIDADE**
- **AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE CURSO LONGO:
HANSENÍASE, HIV/AIDS, HEPATITES B E C**
- **AS CONDIÇÕES MATERNAS E PERINATAIS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A MANUTENÇÃO DA SAÚDE POR CICLOS DE VIDA :
PUERICULTURA, HEBICULTURA E SENICULTURA**
- **AS ENFERMIDADES (*ILLNESSES*)**
- **OS DISTÚRBIOS MENTAIS DE LONGO PRAZO**
- **AS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E ESTRUTURAIS CONTÍNUAS:
AMPUTAÇÕES E DEFICIÊNCIAS MOTORAS PERSISTENTES**
- **AS DOENÇAS BUCAIS**

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone, 3d. Ed., 2009

McWhinney I. The importance of being different. Brit.J.Gen.Pract., 46: 433-436, 1996

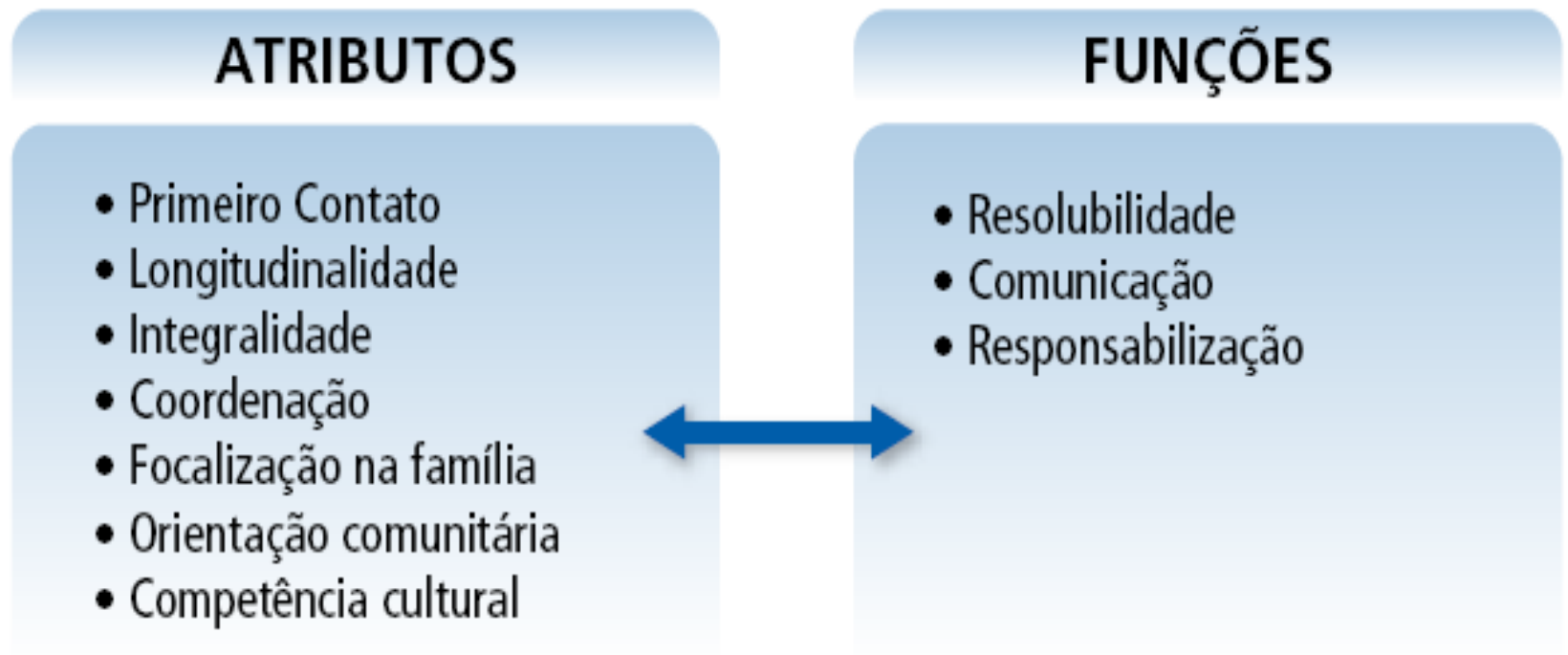
Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

ATRIBUTOS E FUNÇÕES DA APS



Fontes:

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002

DUAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A COMPENSAÇÃO**
- **O AUTOUIDADO APOIADO**

Fonte: Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

A IMPORTÂNCIA DA COMPENSAÇÃO NA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- **A COMPENSAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS É UM ELEMENTO CENTRAL DO MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA**
- **A NÃO COMPENSAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS LEVA ÀS COMPLICAÇÕES POTENCIALMENTE EVITÁVEIS DA ATENÇÃO À SAÚDE, AO AUMENTO DO TEMPO TOTAL DOS ATENDIMENTOS, ESPECIALMENTE DE CONSULTAS MÉDICAS E À SOBREUTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS**
- **CERTAS AGUDIZAÇÕES DE CONDIÇÕES CRÔNICAS SÃO CONSIDERADAS EVENTOS-SENTINELA E DEVEM SER INVESTIGADAS PARA DEFINIR E CORRIGIR AS FALHAS SISTÊMICAS DA ATENÇÃO, EM ESPECIAL NA APS**

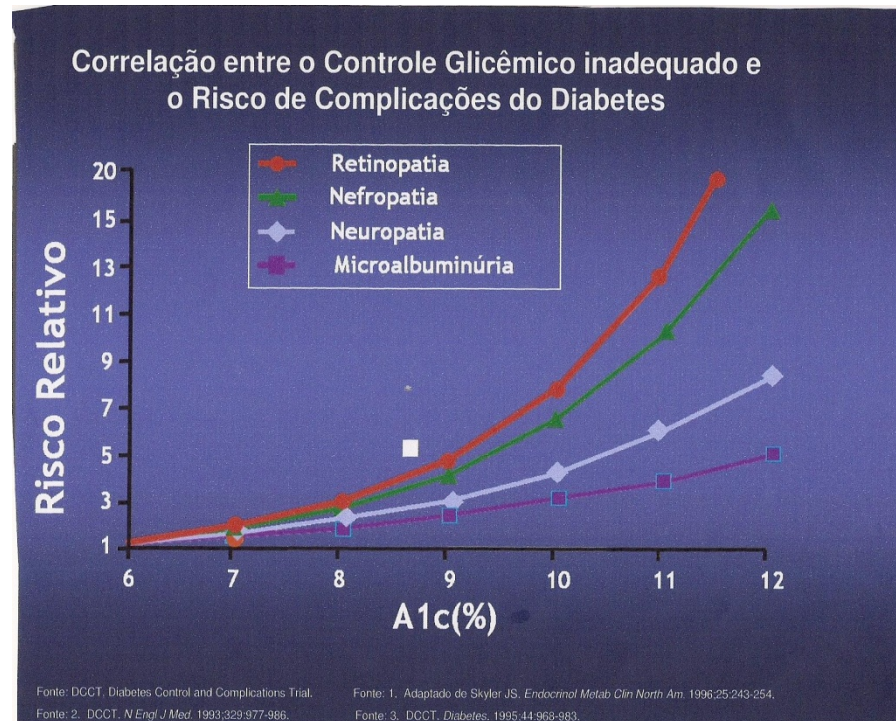
Fontes:

Robert Wood Johnson Foundation. Waste in US health care spending: chronic conditions. Princeton, RWJF, 2009

Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. Vol. 1, ISS 1, Article 5, 2008. Disponível em: <http://pub.bsalut.netrisai/vol1/iss1/5/>

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

A IMPORTÂNCIA DA COMPENSAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS



Fontes:

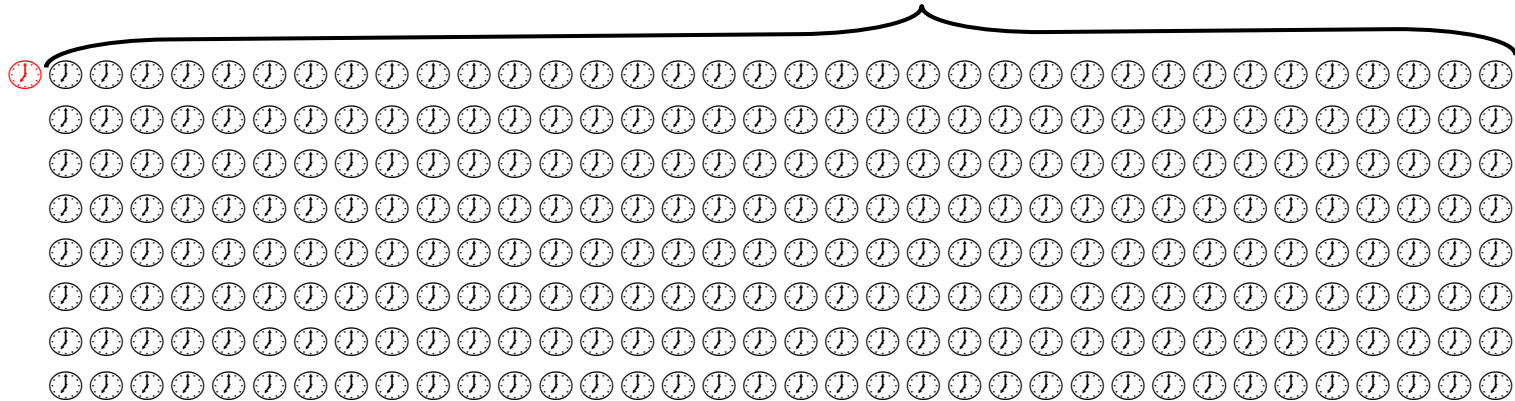
Skyler JS. Diabetes control and complications trial. *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.*, 25: 243-254, 1996

A COMPENSAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS E O TEMPO TOTAL GASTO EM CONSULTAS MÉDICAS NA APS

- **MÉTODO:**
APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE LINHAS-GUIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS A UM PAINEL DE 2.500 PESSOAS ATENDIDAS NA APS POR 10 CONDIÇÕES CRÔNICAS MAIS COMUNS, COM DISTRIBUIÇÃO IDADE SEXO E PREVALÊNCIAS SIMILARES, ESTIMANDO-SE O TEMPO MÍNIMO PARA A ATENÇÃO DE QUALIDADE A ESSAS PESSOAS
- **RESULTADOS:**
ATENÇÃO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE ESTABILIDADE:
828 HORAS POR ANO OU 3,5 HORAS POR DIA
ATENDIMENTO ÀS 10 CONDIÇÕES EM SITUAÇÃO DE INSTABILIDADE: 2.484 HORAS POR ANO OU 10,6 HORAS POR DIA
- **CONCLUSÃO:**
MAIS CONSULTA MÉDICA NÃO SIGNIFICA MAIS RESULTADOS EM SAÚDE
CONSULTAÇÃO GERA CONSULTAÇÃO PORQUE NÃO LEVA À ESTABILIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO APOIADO

**Os profissionais de saúde só interagem com portadores de doenças crônicas por poucas horas num ano...
o resto do ano estas pessoas cuidam de si mesmas...**



Na Inglaterra, uma pessoa portadora de diabetes recebe, em média, 3 horas de cuidados profissionais por ano, num total de 8.760 horas de um ano.

AUTOCUIDADO APOIADO

As mudanças no autocuidado apoiado objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;

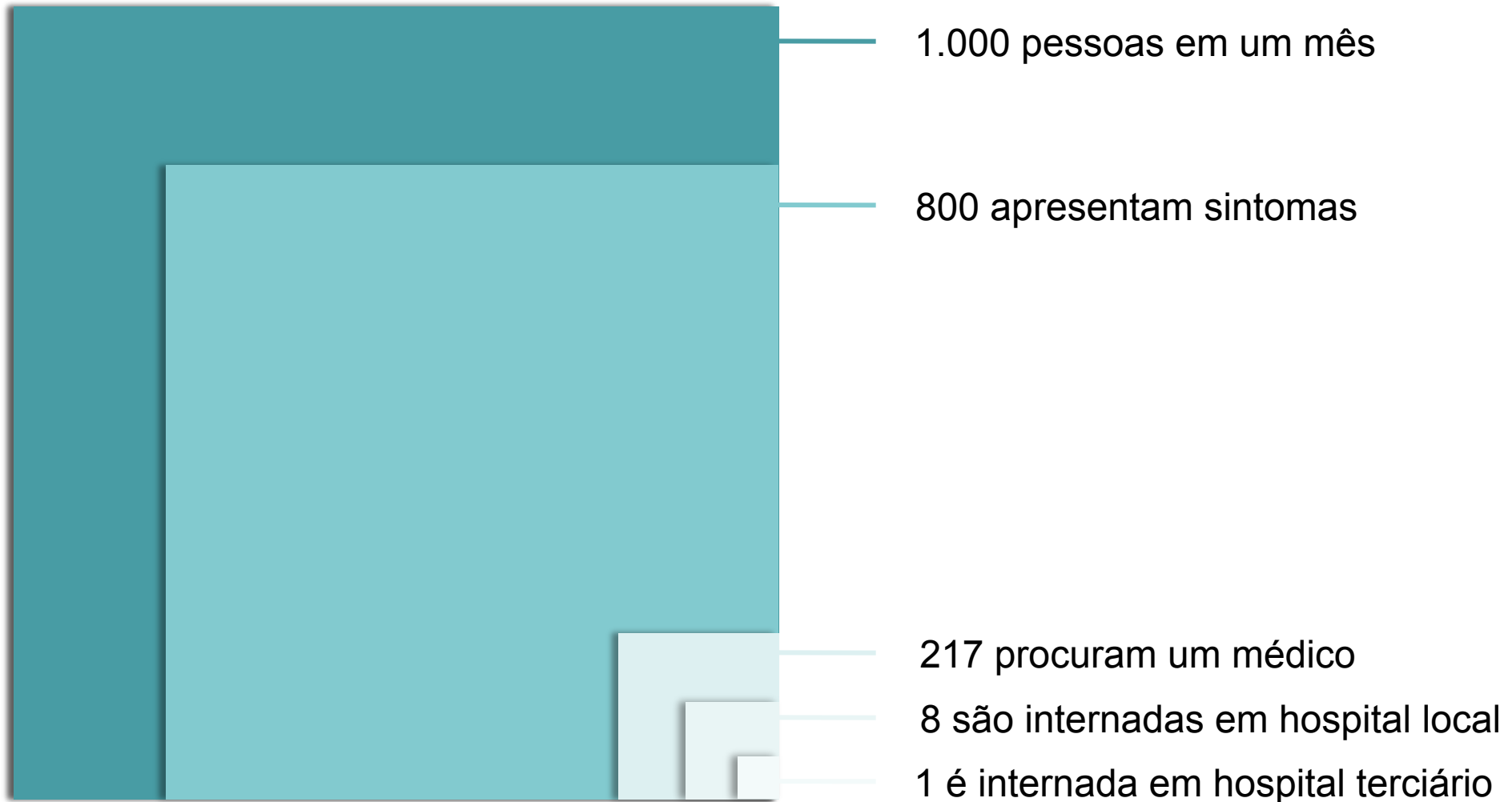
Uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as ações de resolução de problemas e o monitoramento;

Organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado dos usuários.

ALGUMAS SINGULARIDADES DA APS

- **A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**
- **A SINGULARIDADE DA CLÍNICA DA APS**
- **OS DIFERENTES PADRÕES DE DEMANDA**
- **O POTENCIAL DE RESOLUBILIDADE DA APS**

A ECOLOGIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE



A SINGULARIDADE DA CLÍNICA DA APS

CAMPO	APS	ATENÇÃO ESPECIALIZADA
AMBIENTE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NA PESSOA • FOCO NA SAUDE • FOCO EM PROBLEMAS POUCO DEFINIDOS VISTOS NO INÍCIO • AMBIENTE POUCO MEDICALIZADO 	<ul style="list-style-type: none"> • FOCO NO ORGÃO OU SISTEMA • FOCO NA DOENÇA • FOCO EM PROBLEMAS BEM DEFINIDOS VISTOS MAIS TARDE • AMBIENTE MUITO MEDICALIZADO
FORMAS DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> • EXAMES MAIS SENSÍVEIS QUE ESPECÍFICOS • ACEITAM-SE FALSOS NEGATIVOS QUE PODEM SER MINIMIZADOS PELA REPETIÇÃO DE EXAMES • CUIDADO DISPERSO EM VÁRIOS PROBLEMAS MAS COM CONCENTRAÇÃO RELATIVA NUM NÚMERO PEQUENO DE PROBLEMAS 	<ul style="list-style-type: none"> • EXAMES MAIS ESPECÍFICOS QUE SENSÍVEIS • ACEITAM-SE SOBREDIAGNÓSTICOS MAS NÃO SE ACEITAM FALSOS NEGATIVOS • CONCENTRAÇÃO DO CUIDADO NUM ÚNICO PROBLEMA OU NUM NÚMERO MÍNIMO DE PROBLEMAS
CONTINUIDADE DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE SUSTENTADA 	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUIDADE RELATIVA
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> • MENORES CUSTOS E IATROGENIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • MAIORES CUSTOS E IATROGENIAS

Fontes:

Cunillera R. Arquitetura e modelo de atenção: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ; 2012.

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012

A NATUREZA DA DEMANDA NA APS

- **É UMA DEMANDA QUE ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM CONDIÇÕES DE SAÚDE**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM PESSOAS USUÁRIAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS**
- **É UMA DEMANDA CONCENTRADA EM ENFERMIDADES**
- **É UMA DEMANDA QUE APRESENTA VARIAÇÕES TEMPORAIS**
- **TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE DEMANDA ADMINISTRATIVA**
- **TEM UM COMPONENTE SIGNIFICATIVO DE CUIDADOS PREVENTIVOS**
- **É UMA DEMANDA QUE TEM ALTA RESOLUBILIDADE**
- **É UMA DEMANDA DIVERSIFICADA QUE EXIGE DIFERENTES PADRÕES DE OFERTA PARA SUA RESPOSTA**

A DEMANDA NA APS ENVOLVE UM AMPLO ESPECTRO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

PESQUISA REALIZADA EM FLORIANÓPOLIS MOSTROU QUE, EM MÉDIA, FORAM IDENTIFICADOS 1.475 PROBLEMAS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE APS

Fonte: Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM POUCAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

- **ESTUDOS REALIZADOS NOS ESTADOS UNIDOS MOSTRARAM QUE 26 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDERAM POR 50% DAS CONSULTAS DA APS**
- **RESULTADOS SEMELHANTES FORAM ENCONTRADOS EM PAÍSES EUROPEUS**
- **ESTUDOS REALIZADOS NO BRASIL MOSTRARAM QUE 28, 32 E 40 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDERAM, RESPECTIVAMENTE, POR 50,4 %, 50,0% E 58,9% DA DEMANDA TOTAL**
- **ESTUDO REALIZADO EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE 51 CONDIÇÕES DE SAÚDE FORAM RESPONSÁVEIS POR 61,7% DA DEMANDA**

Fontes:

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

Okkes IM et al. Episodes of care in Dutch Family Practice: epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care in the Transition Project of the Academic Medical Center of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM et al. ICPC in the Amsterdam Transition Project Amsterdam, Academic Medical Center/University of Amsterdam, 2005

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES NA DEMANDA DA APS

- **28 CONDIÇÕES DE SAÚDE RESPONDEM POR 50,4% DA DEMANDA**
- **AS 28 CONDIÇÕES DE SAÚDE DISTRIBUEM-SE POR 13 CAPÍTULOS DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**
- **6 CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES RESPONDEM POR QUASE UM TERÇO DA DEMANDA TOTAL**
- **CONDIÇÕES DE SAÚDE MAIS FREQUENTES NÃO SIGNIFICAM PROBLEMAS SIMPLES OU DE BAIXA COMPLEXIDADE**

Fontes:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA NAS PESSOAS USUÁRIAS

- **10% DAS PESSOAS USUÁRIAS DA APS NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, EM PORTO ALEGRE, CONCENTRARAM 34% DA DEMANDA TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS**
- **HÁ UMA GRANDE CONCENTRAÇÃO DE ATENDIMENTOS DA APS EM PESSOAS HIPERUTILIZADORAS**
- **NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO 44% DE PESSOAS HIPERUTILIZADORAS RESPONDERAM POR 78,7% DAS CONSULTAS MÉDICAS**

Fontes:

Fernandes CLC. Análise de demanda e forma de integração do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Mestrado Profissional de Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013

Takeda S. Acesso e utilização nas unidades do GHC. Porto Alegre, mimeo, 2013.

A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM CONDIÇÕES DE SAÚDE GERAIS E INESPECÍFICAS

- **DADOS INTERNACIONAIS SUGEREM QUE 50% DA DEMANDA TOTAL DA APS NÃO PERMITE O ESTABELECIMENTO DE UM DIAGNÓSTICO CLARO**
- **EM BETIM, MINAS GERAIS, 29,8% DAS CONSULTAS NA APS FORAM POR CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS. EM PESSOAS DE MAIS DE 70 ANOS SUBIU PARA MAIS DE 40%. AS DEMANDAS MAIS COMUNS FORAM CEFALEIA, FEBRE E TOSSE**
- **23% DAS CONSULTAS NO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE FORAM POR CONDIÇÕES GERAIS E INESPECÍFICAS**

Fontes:

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. *Ciencia Saúde Coletiva*, 17: 3025-3036, 2012

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

Crombie DL. Diagnostic process. *J.Coll.Gen.Practit.*, 6: 579-589, 1963

Kloetzel K. O diagnóstico clínico: estratégia e táticas. In: Duncan BB et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

A DEMANDA NA APS É CONCENTRADA EM ENFERMIDADES

- **AS ENFERMIDADES (*ILLNESSES*) REFEREM-SE AO MODO COMO AS PESSOAS PERCEBEM SUBJETIVAMENTE SUA DOENÇA SINTOMAS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS, SOFRIMENTO DIFUSO, TRANSTORNO HISTEROSSOMÁTICO, TRANSTORNO SOMATOFORME, SÍNDROME DA NÃO DOENÇA, POLIQUEIXA**
- **INTERNACIONALMENTE, METADE DOS CASOS NOVOS ATENDIDOS NA APS SÃO POR SINTOMAS FÍSICOS MEDICAMENTE NÃO EXPLICÁVEIS**
- **NO BRASIL, METADE DAS PESSOAS ATENDIDAS NA APS APRESENTAM ENFERMIDADES E NÃO DOENÇAS**

Fontes:

Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 3d. Ed., 2009

Almeida Filho, N et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. Br.J.Psychiatry, 171: 524-529, 1997

Tófoli LF. Somatização e sintomas sem explicação médica. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In:

Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo, Hucitec, 2001

Meador CK. The art and science of nondisease. New England J. Medicine. 14: 92-95, 1965

Quinet A. A lição de Charcot. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2005.

A DEMANDA NA APS APRESENTA VARIACÕES TEMPORAIS

PESQUISA FEITA EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE AS PESSOAS USUÁRIAS APRESENTAM MAIORES MOTIVOS DE CONSULTA NAS SEGUNDAS E SEXTAS FEIRAS EM RELAÇÃO AOS DEMAIS DIAS DA SEMANA

AS DEMANDAS ADMINISTRATIVAS NA APS

- **DEMANDAS ADMINISTRATIVAS SÃO DEMANDAS NÃO CLÍNICAS COMO PEDIDOS DE ATESTADO, ENTREGA DE RESULTADO DE EXAME OU BUSCA DE MEDICAÇÃO**
- **PESQUISA FEITA EM BETIM, MINAS GERAIS, MOSTROU QUE 20% DO TOTAL DAS CONSULTAS REALIZADAS NA APS FORAM POR DEMANDA ADMINISTRATIVAS**

Fontes:

Landsberg G et al. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a CIAP. Ciencia Saúde Coletiva, 17: 3025-3036, 2012

A DEMANDA POR ATENÇÃO PREVENTIVA NA APS

**ESTUDO REALIZADO EM FLORIANÓPOLIS MOSTROU QUE A
DEMANDA POR ATENÇÃO PREVENTIVA NA APS FOI DE 5% A
7% DA DEMANDA TOTAL**

Fonte:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

A DEMANDA NA APS TEM ALTA RESOLUBILIDADE NESTE NÍVEL DE ATENÇÃO

- **EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS OS REFERENCIAMENTOS PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NÃO PASSAM DE 5%**
- **PESQUISA FEITA EM FLORIANÓPOLIS VERIFICOU UM REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 12,5%**
- **PESQUISA FEITA EM PORTO ALEGRE (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO) VERIFICOU UM REFERENCIAMENTO PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE 9%**

Fontes:

Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª. Edição (CIAP). São Paulo, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências, 2009

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002

A IMPORTÂNCIA DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA APS

- **DOS 28 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES QUE RESPONDEM POR 50,4% DA DEMANDA, 18 SÃO POR CONDIÇÕES CRÔNICAS QUE RESPONDEM POR 38,9% DA DEMANDA E 10 SÃO CONDIÇÕES AGUDAS QUE RESPONDEM 11,5% DA DEMANDA**
- **CONDIÇÕES CRÔNICAS MANEJADAS INADEQUADAMENTE NA APS TENDEM A SE AGUDIZAREM**
- **NO REINO UNIDO, OS EVENTOS AGUDOS SÃO CONSTITUÍDOS POR 30% DE CONDIÇÕES AGUDAS E 70% DE CONDIÇÕES CRÔNICAS AGUDIZADAS**

Fontes:

Singh D. Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham, Health Services Management Centre, 2005

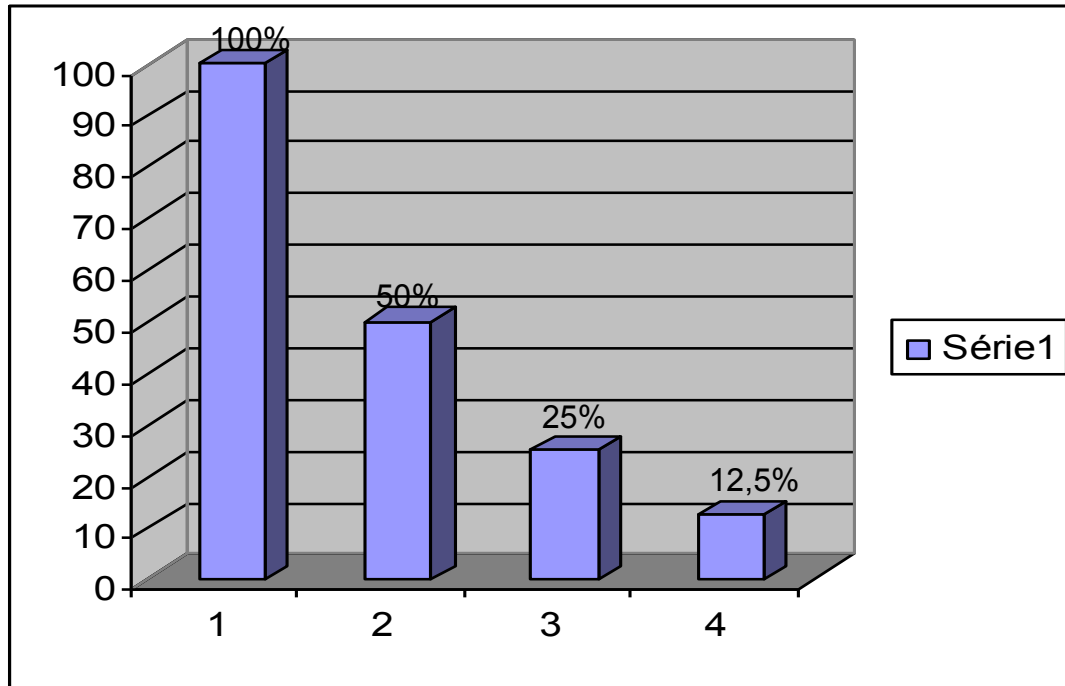
Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Organizadores). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, vol. I, 2012.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	PORCENTAGEM	PORCENTAGEM ACUMULATIVA
HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÃO	9,8	9,8
SEM DOENÇA	5,5	15,4
INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	3,8	18,1
GRAVIDEZ	3,5	22,8
DIABETES NÃO INSULINODEPENDENTE	3,0	25,6
DEPRESSÃO	2,7	28,3
CONTRACEPÇÕES/OUTROS	1,7	30,0
PREVENÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE	1,5	31,5
SINAIS E SINTOMAS NA REGIÃO LOMBAR	1,4	32,9
TRANSTORNO/ESTADO DE ANSIEDADE	1,3	34,2
HIPOTIROIDISMO	1,3	35,4
GASTRENERITE	1,2	36,7
ALTERAÇÃO NO METABOLISMO DOS LIPÍDEOS	1,2	37,9
DERMATOFITOSE	1,1	39,0
AMIGDALITE AGUDA	1,1	40,1
CISTITE/INFECÇÃO URINÁRIA	1,1	41,2
ASMA	0,9	42,1
DOR ABDOMINAL/CÓLICAS	0,9	43,0
DISPEPSIA/INDIGESTÃO	0,9	43,9
ABUSO DE TABACO	0,9	44,7
OBESIDADE	0,9	45,6
DORES MUSCULARES	0,8	46,4
CEFALEIA	0,8	47,2
VAGINITE/VULVITE NE	0,7	47,9
EXAME MÉDICO/AVALIAÇÃO DE SAÚDE	0,7	48,6
OTITE MÉDIA AGUDA/MENINGITE	0,6	49,2
BURSITE/TENDINITE/SINOVITE NE	0,6	49,8
RINITE ALÉRGICA	0,6	50,4

A CRISE CONTEMPORÂNEA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **A INCAPACIDADE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE EM ENFRENTAREM A “EPIDEMIA” DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS: A REGRA DA METADE**
- **A RAZÃO DA CRISE**
- **A MANIFESTAÇÃO DA CRISE NA APS**

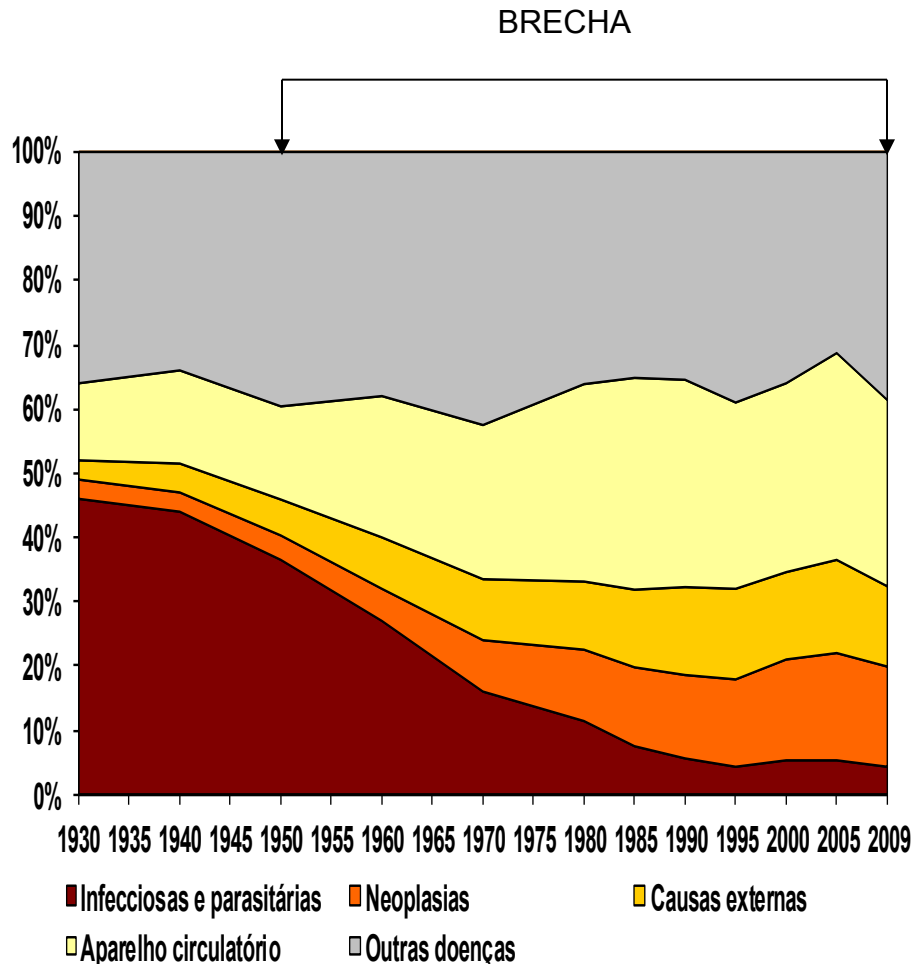
A REGRA DA METADE NA ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS



- CASOS TOTAIS
- CASOS DIAGNOSTICADOS
- CASOS CONTROLADOS
- CASOS COM PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

FONTE: Hart JT. Rules of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workloads and prescribing costs in primary care. British Medical Journal. 42: 116-119, 1992.

A RAZÃO DA CRISE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE



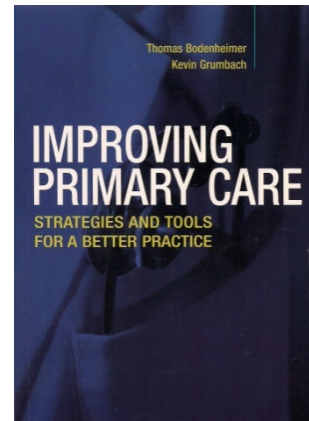
UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SÉCULO XXI SENDO RESPONDIDA SOCIALMENTE POR UM SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA METADE DO SÉCULO XX

POR QUÊ?

O DESCOMPASSO ENTRE OS FATORES CONTINGENCIAIS QUE EVOLUEM RAPIDAMENTE (TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA) E OS FATORES INTERNOS (CULTURA ORGANIZACIONAL, RECURSOS, SISTEMAS DE INCENTIVOS, ESTILOS DE LIDERANÇA, ARRANJOS DE ATENÇÃO E ARRANJOS ORGANIZATIVOS)

A CRISE DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PRATICADOS NA APS E CENTRADOS NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

- **A CENTRALIDADE DA CONSULTA MÉDICA NA APS E SUA LIMITAÇÃO DE TEMPO**
ESTADOS UNIDOS: 15 MINUTOS
REINO UNIDO: 8 MINUTOS
- **A INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA CRESCENTE NA APS**
- **A INCONSISTÊNCIA ESTRUTURAL ENTRE O TEMPO CURTO DAS CONSULTAS MÉDICAS E O CRESCIMENTO DAS TAREFAS RELATIVAS AO CUIDADO**



Fontes: Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

Kaplan SH et al. Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. Med. Care. 33: 1176-1187, 1995

Deveugele M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ. Couns. 54: 227-233, 2004

OS PROBLEMAS DO SISTEMA CENTRADO NA CONSULTA MÉDICA DE CURTA DURAÇÃO

- **50% DAS PESSOAS DEIXARAM AS CONSULTAS SEM COMPREENDER O QUE OS MÉDICOS LHESS DISSERAM**
- **50% DAS PESSOAS COMPREENDERAM EQUIVOCADAMENTE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DOS MÉDICOS**
- **50% DAS PESSOAS NÃO FORAM CAPAZES DE ENTENDER AS PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS**
- **O MÉDICO INTERROMPE O PACIENTE 23 SEGUNDOS DEPOIS O INÍCIO DE SUA FALA**
- **60 A 65% DOS PORTADORES DE DIABETES, HIPERTENSÃO E COLESTEROL ELEVADO NÃO ESTÃO CONTROLADOS**
- **A RAZÃO DESTA CRISE ESTÁ EM TRANSPLANTAR A LÓGICA DA CLÍNICA DAS CONDIÇÕES AGUDAS PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Fontes: Rother DL & Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu. Rev. Public Health. 10: 163-180, 1989

Marvel MK. Et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 281: 283-287, 1999

Schillinger D et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch. Intern. Med. 163: 83-90, 2003

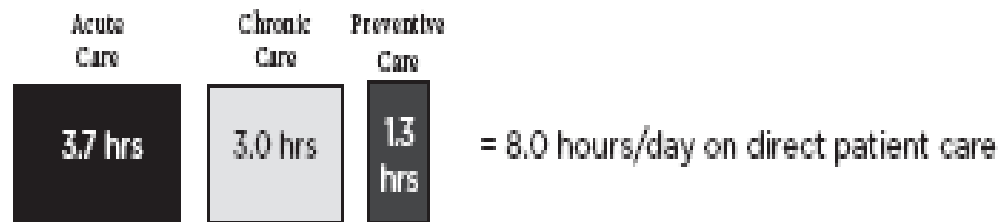
Schillinger D. et al. Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: Agency for Health Care Research and Quality. Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Health Care Research and Quality, 2005.

Roumie CL et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. Ann. Intern. Med. 145: 165-175, 2006

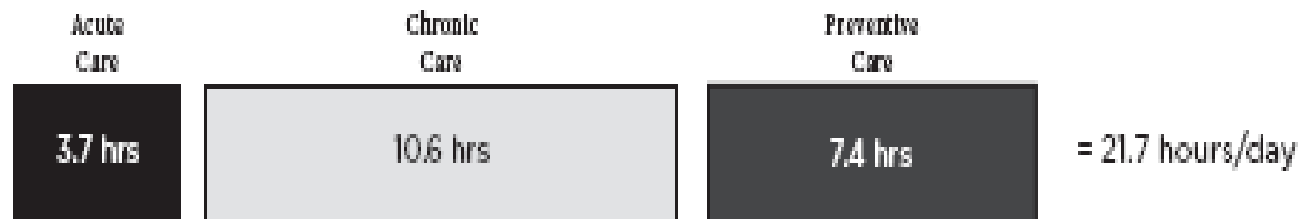
Bodenheimer T & Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books, 2007

TEMPOS DE ATENÇÃO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA MÉDIO NOS ESTADOS UNIDOS

The average family physician spends...



Following guidelines would require that physician to spend...



Fonte: Yarnal KS, Krause K, Pollack M, Gradison M, Michener J. Family physicians as team leaders: time to share the care. Preventing Chronic Disease. 6: A59, 2009

AS SAÍDAS PARA A CRISE

- **O APERFEIÇOAMENTO DOS MODELOS DE ATENÇÃO AOS EVENTOS AGUDOS**
- **O DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE MODELOS EFETIVOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

OS MODELOS UTILIZADOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

- O MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA (*CHRONIC CARE MODEL*)
- O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

O MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA (CCM)



Fonte: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998 (Direito de uso de imagem concedido pelo American College of Physicians/Tradução de responsabilidade do autor)

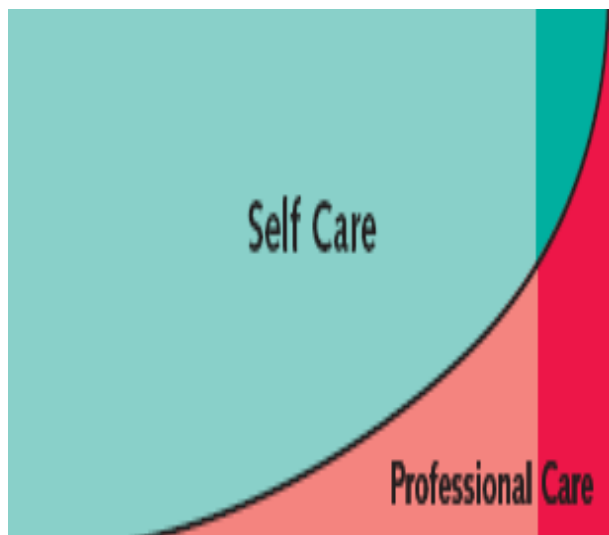
AS MUDANÇAS PROPOSTAS PELO MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

- **ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- A organização da atenção às condições crônicas é parte do plano estratégico da organização;
- Os líderes da organização dão suporte à implantação do modelo;
- Os processos de melhoria da atenção às condições crônicas estão integrados nos programas de qualidade da organização.
- **DESENHO DA ATENÇÃO À SAÚDE**
- Há uma clara divisão de papéis na equipe multidisciplinar em função dos estratos de risco das condições crônicas;
- Há oferta da atenção programada e não programada;
- Há oferta regular da atenção programada, individual e em grupo;
- Utiliza-se regularmente o agente comunitário de saúde no acompanhamento das pessoas usuárias na comunidade.
- **SUORTE ÀS DECISÕES**
- Utilizam-se regularmente as diretrizes clínicas;
- A APS está integrada com os especialistas que dão suporte às suas ações;
- Há um sistema regular de educação permanente dos profissionais de saúde;
- Há uma oferta regular de educação em saúde para as pessoas usuárias.

AS MUDANÇAS PROPOSTAS PELO MODELO DA ATENÇÃO CRÔNICA

- **AUTOCUIDADO APOIADO**
- Utilizam-se rotineiramente os instrumentos de autocuidado apoiado;
- Há um plano de autocuidado apoiado elaborado, em conjunto, pela equipe de saúde e pela pessoa usuária, com metas pactuadas;
- O plano de autocuidado apoiado é monitorado regularmente;
- A equipe multidisciplinar está capacitada para apoiar a pessoa usuária no seu autocuidado.
- **SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA**
- Há um prontuário clínico eletrônico capaz de gerar o registro das pessoas usuárias por condições de saúde e por estratos de risco;
- O prontuário clínico eletrônico é capaz de prover lembretes e alertas para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde e contém informações necessárias para elaborar e acompanhar o plano de cuidado;
- O prontuário clínico eletrônico é capaz de dar feedbacks para a equipe de saúde e para as pessoas usuárias.
- **RECURSOS DA COMUNIDADE**
- Há uma ligação estreita entre os serviços de saúde e as organizações da comunidade que possam prover serviços complementares;
- Há um Conselho Local de Saúde que faz o controle social efetivo das unidades de saúde, incluindo a elaboração e o monitoramento da programação.

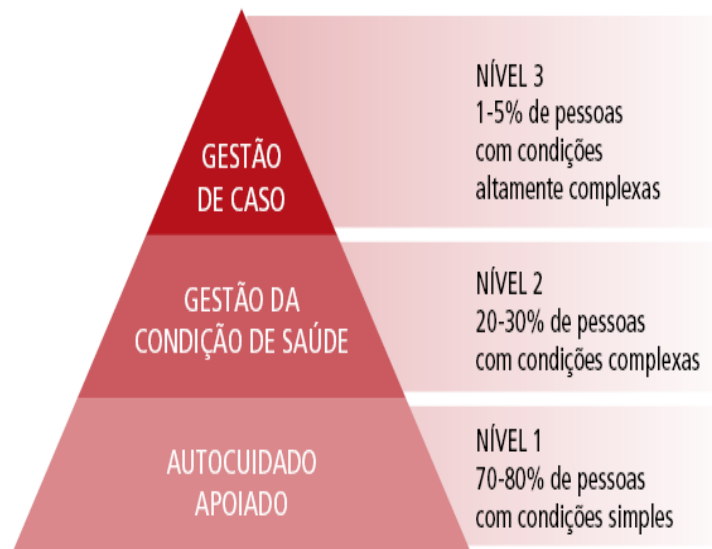
O MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO



APS

AE

TEORIA DO ESPECTRO DA ATENÇÃO À SAÚDE



MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCO



RELAÇÃO ENTRE CUIDADO PROFISSIONAL E AUTOCUIDADO

Fontes:

Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.

Milbank Q., 77: 77-110, 1999.

Department of Health. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005

Porter

Porter

M, Kellogg M. Kaiser Permanente : an integrated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atencion Integrada. 1:1, 2008

A APLICAÇÃO DO MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS

- **O MANEJO CLÍNICO DIFERENCIADO POR ESTRATOS DE RISCOS**
- **A INTRODUÇÃO DA GESTÃO DA CLÍNICA**
- **A DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DO AUTOCUIDADO E DO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **A CONCENTRAÇÃO ÓTIMA DA ATENÇÃO DOS MEMBROS DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NO CUIDADO PROFISSIONAL**
- **A DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA ATENÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS GENERALISTAS E ESPECIALISTAS**
- **A RACIONALIZAÇÃO DA AGENDA DOS PROFISSIONAIS DA APS E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

POR QUE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC) PARA O SUS?

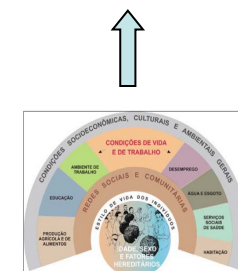
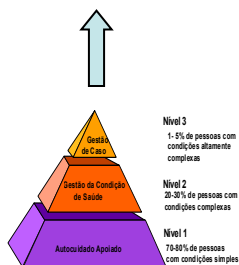
- **PORQUE O SUS É UM SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL COM RESPONSABILIDADES CLARAS SOBRE TERRITÓRIOS E POPULAÇÕES**
- **PORQUE O MODELO DO SUS DEVE INCORPORAR INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS INTERMEDIÁRIOS E DISTAIS: É UM MODELO EXPANDIDO**
- **PORQUE AS INTERVENÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE ESTABELECIDAS DEVEM SER FEITAS POR SUBPOPULAÇÕES ESTRATIFICADAS POR RISCOS E POR MEIO DE TECNOLOGIAS DE GESTÃO DA CLÍNICA**

O MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DE DAHLGREN E WHITEHEAD



Fonte: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stoclm, Institute for Future Studies, 1991.

O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)



UMA NOVA CLÍNICA PARA A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ESF

- DA CURA PARA O CUIDADO
- DA QUEIXA-PROBLEMA PARA O PLANO DE CUIDADO
- DA ATENÇÃO PRESCRITIVA E CENTRADA NA DOENÇA PARA A ATENÇÃO COLABORATIVA E CENTRADA NA PESSOA
- DA ATENÇÃO CENTRADA NO INDIVÍDUO PARA A ATENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROGRAMADA E A ATENÇÃO NÃO PROGRAMADA
- DA ATENÇÃO UNIPROFISSIONAL PARA A ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR
- A INTRODUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ATENÇÃO PROFISSIONAL
- O ESTABELECIMENTO DE NOVAS FORMAS DE RELAÇÃO ENTRE A ESF E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PRESENCIAL E A NÃO PRESENCIAL
- O EQUILÍBRIO ENTRE A ATENÇÃO PROFISSIONAL E A ATENÇÃO POR PARES
- O FORTALECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO

AS IMPLICAÇÕES DO MACC NA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES DE APS

- **GARANTIA DE CONSULTÓRIOS INDIVIDUAIS PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**
- **GARANTIA DE SALA PARA TRABALHOS DE GRUPOS: O ESPAÇO SAÚDE**
- **GARANTIA DE TODOS OS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS INDICADOS NA DIRETRIZ CLÍNICA DA CONDIÇÃO CRÔNICA**
- **GARANTIA DE AMBIENTES ADEQUADOS PARA TODOS OS SERVIÇOS E AÇÕES DEFINIDOS NA CARTEIRA DA APS**



IMPLICAÇÕES DO MACC NA PLANTA DE PESSOAL DAS UNIDADES DE APS: NOVOS PROFISSIONAIS NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR

- **ASSISTENTE SOCIAL**
- **FARMACÊUTICO CLÍNICO**
- **FISIOTERAPEUTA**
- **NUTRICIONISTA**
- **PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**
- **PSICÓLOGO**

RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO MACC NA APS DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO EM PORTO ALEGRE

- **12 UNIDADES DA ESF QUE COBREM 105 MIL PESSOAS**
- **REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO PERÍODO 2010 A 2012:**
 - HIPERTENSÃO: DE 12 PARA 5**
 - ANGINA DE PEITO: DE 20 PARA 6**
 - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: DE 93 PARA 25**
 - DOENÇA CEREBRO-VASCULAR: 106 PARA 52**
 - DIABETES: 49 PARA 16**
- **AUMENTO DA COBERTURA PERÍODO 2010 A 2012 :**
 - HIPERTENSÃO ARTERIAL: DE 34% PARA 59%**
 - DIABETES: 35% para 53%**
- **ESTABILIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS:**
 - HIPERTENSÃO: 57% COM PRESSÃO CONTROLADA**
 - DIABETES: 52% COM GLICEMIA CONTROLADA**

A CONSULTA CONTÍNUA EM ASMA INFANTIL NA APS

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE

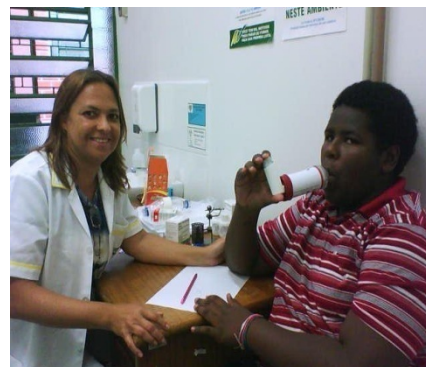
MÉDICA



ENFERMEIRA



FARMACÊUTICA



ODONTÓLOGA



ASMA CONTROLADA NA PRIMEIRA CONSULTA: 45%

ASMA CONTROLADA NA TERCEIRA OU QUARTA CONSULTA: 100%

INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR ANO: DIMINUIÇÃO DE 14 PARA 1

Fontes

Mendonça CS. UPA, uma necessidade do sistema ou uma distorção? Belém, 12º Congresso de Medicina de Família e Xcomunidade, 2013

Lenz MLM et al. Atendimento sequencial multiprofissional de crianças e adolescentes em asma num serviço de atenção primária à saúde. Porto Alegre, Grupo Hospitalar Conceição, 2013

O MACC NA UNIDADE DE SAÚDE ALVORADA EM CURITIBA



Fonte: Moyses ST, Silveira Filho AD, Moyses SJ. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

O MACC NA UBS ALVORADA EM CURITIBA, PARANÁ

- **A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

“Temos que interagir com eles. E é esse o sentido da coisa. E eles ter noção de que eles precisam se cuidar, com nosso apoio. Mas nós não vamos cobrar deles, nós vamos ser só o apoio.”

“Então a gente cobra deles uma coisa que a gente não faz pela gente. E a gente começou a se cuidar também, cuidando 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.”

- **A PERSPECTIVA DAS PESSOAS USUÁRIAS**

“De grupo agora tem troca de experiência, a gente pode se abrir, falar... Ajuda bastante.”

CASOS DE ATENDIMENTOS EM AAE DE PESSOAS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

CHSAM

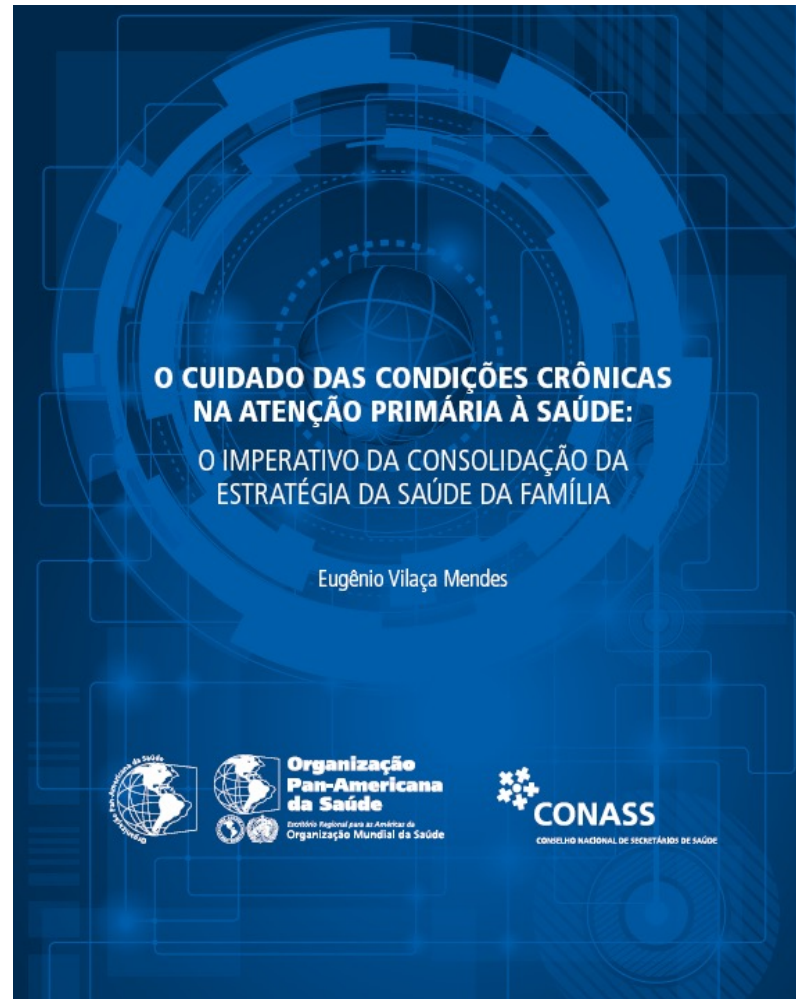
CEM TRADICIONAL

CASO 3	CASO 4
<p>A Sra. M.C.S., com DM insulínodépendente e HAS, foi acolhida nesse centro apresentando A1C de 12,2% e PA de 150X120mmHg. Após 3 interconsultas, M.C.S apresentava A1C de apenas 6,5% e PA de 120X90mmHg.</p>	<p>E.A.S, 66 a., foi recebida nesse centro de referência em janeiro de 2008, com A1C de 12%, neuropatia e nefropatia diabéticas. Em 3 anos E.A.S. teve 23 atendimentos médicos especializados no CHDM (média de quase 8 atendimentos por ano). Mesmo com essa elevada frequência de atendimentos, E.A.S. evoluiu para hemodiálise, sem nenhuma abordagem de sua conhecida não adesão ao tratamento pelo serviço de psicologia desse centro de especialidades que, na prática, funciona na lógica da clássica consulta médica uniprofissional de 15 minutos, pouco agregando valor ao controle de seus usuários¹¹.</p>

REFLEXÃO FINAL:



“OS SISTEMAS DE SAÚDE PREDOMINANTES EM TODO MUNDO ESTÃO FALHANDO POIS NÃO ESTÃO CONSEGUINDO ACOMPANHAR A TENDÊNCIA DE DECLÍNIO DOS PROBLEMAS AGUDOS E DE ASCENSÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS. QUANDO OS PROBLEMAS SÃO CRÔNICOS, O MODELO DE TRATAMENTO AGUDO NÃO FUNCIONA”



**Disponível para download gratuito em:
www.conass.org.br**