

FLUXOGRAMA ASSISTENCIAL: ABORDAGEM DA HIPERUTILIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



OBJETIVO DO FLUXOGRAMA

Qualificar o acompanhamento dos usuários considerados hiperutilizadores, favorecer a identificação ampliada de suas necessidades de saúde e organizar respostas assistenciais mais resolutivas, tendo o Método Clínico Centrado na Pessoa como eixo estruturante.



1 IDENTIFICAÇÃO PELA EQUIPE DA APS

Considera-se usuário hiperutilizador aquele que apresenta frequência elevada de utilização dos serviços de saúde.

A identificação pode ocorrer a partir da percepção da equipe, da frequência elevada de consultas, da demanda recorrente ou da preocupação do profissional.

Nota: A identificação deve considerar a frequência de utilização dos serviços em conjunto com a avaliação clínica e o contexto biopsicossocial do usuário.



2 ACOLHIMENTO E ESCUTA QUALIFICADA

- Receber o usuário sem julgamentos e sem rotulá-lo como “usuário difícil”.
- Compreender a demanda apresentada.
- Estabelecer vínculo, confiança e corresponsabilização pelo cuidado.



3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE (Método Clínico Centrado na Pessoa – MCCP)

Avaliação ampliada e integral das necessidades de saúde.



3.1 DETERMINANTES SOCIAIS E VULNERABILIDADES ESTRUTURAIS

- Idade avançada
- Sexo feminino
- Baixa condição socioeconômica
- Rede de apoio frágil
- Isolamento social
- Demandas sociais não atendidas

** Condições associadas, que devem ser analisadas no contexto de vida do usuário.*



3.2 DIMENSÃO CLÍNICO-INTERPRETATIVA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE

- Doenças crônicas e multimorbidades
- Dor persistente
- Sintomas físicos inespecíficos
- Sofrimento psíquico e condições de saúde mental (ansiedade, depressão, estresse)
- Autopercepção de saúde



3.3 DIMENSÃO RELACIONAL

- Necessidade de escuta e acolhimento
- Busca por vínculo
- Sentimento de segurança
- Confiança na equipe
- Experiências anteriores de cuidado



3.4 DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DO SERVIÇO

- Fragmentação do cuidado
- Barreiras de acesso
- Renovação repetida de receitas e solicitação de exames
- Falta de continuidade do cuidado
- Comunicação limitada



4 DISCUSSÃO DO CASO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Compartilhar saberes e construir, quando indicado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

5 DEFINIÇÃO DAS INTERVENÇÕES

CUIDADO CLÍNICO



Plano de cuidado individualizado



Revisão da farmacoterapia



Consultas programadas



Atividades coletivas e grupos terapêuticos



Acompanhamento pelo ACS



Visita domiciliar, quando indicada



Articulação e encaminhamentos na RAS



Articulação intersetorial, incluindo a assistência social



Encaminhamento ao CAPS ou à atenção especializada, quando indicado

Nota: RAS: Rede de Atenção à Saúde. A articulação poderá envolver CAPS, atenção especializada, assistência social e outros serviços, conforme as necessidades identificadas.



6 ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL

- Manutenção do vínculo e do acompanhamento
- Avaliação periódica das necessidades
- Reavaliação do PTS ou do plano de cuidado, com os ajustes necessários
- Monitoramento da frequência de utilização dos serviços de saúde



7 REAVALIAÇÃO CONTÍNUA

Analisar os resultados, reavaliar as necessidades, ajustar as intervenções e fortalecer a corresponsabilização pelo cuidado.



8 CUIDADO MAIS RESOLUTIVO E INTEGRAL

Resultados esperados: necessidades de saúde mais bem atendidas, maior autonomia do usuário, utilização mais adequada dos serviços e melhoria da qualidade de vida.



Autores: Rafaela Sheyla da Silva Neves e Elaine Cristina Tôrres Oliveira - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)