



MEDICINA

FABIANO GOMES BATISTA
CAROLINE CASTRO DE OLIVEIRA
MARIANA LUIZA DE PAULA
NADIR ALVES DE OLIVEIRA NETA
RAPHAEL ALVES ROCHA

Gestão da Assistência – Doenças Crônicas (HAS e DM)

Atividade desenvolvida como requisito parcial à conclusão da Disciplina de Internato em Saúde Coletiva. Orientadoras: Flávia Calonge Rezende; Endy Puff Mendes do Valle Lippi.

**Belo Horizonte
2023**

SUMÁRIO

1. Introdução	2
2. Objetivo Geral	2
3. Objetivos Específicos	2
4. Metodologia	2
5. Desenvolvimento	3
6. Resultados	5
7. Conclusão	5
8. Referências	6
9. Anexo	8

1. Introdução

A Unidade Básica de Saúde é uma importante ferramenta do sistema de saúde brasileiro e tem impacto sobre a organização das ações de saúde populacional. Dentre suas diversas funções, enaltece-se a de representar o SUS, expandí-lo, solidificar e garantir o acesso à saúde ao sistema a todo indivíduo. A sua apresentação no cenário mostra cada vez mais sua relevância devido a sua capacidade de prestação da assistência em saúde e do seu potencial resolutivo.

Diante disso, o município de Lagoa Santa juntamente com os acadêmicos de medicina do 11º período da FAMINAS-BH do internato de Saúde Coletiva, elabora-se uma matriz de monitoramento e avaliação da atenção à saúde das pessoas com condições crônicas de saúde. O objetivo dessa matriz será organizar e avaliar as ações de saúde específicas voltadas para esse público, com o intuito de melhorar a assistência a essa população.

2. Objetivo Geral

Apresentar matriz de monitoramento e avaliação qualitativa das ações atenção à saúde e de educação permanente de profissionais envolvidos na atenção à saúde dos pacientes com doenças crônicas enfoque em hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

3. Objetivo Específico

Desenvolvimento de um instrumento para a avaliação de políticas públicas de saúde, obter um panorama do cenário atual de saúde e atuação das Unidades Básicas de Saúde em relação as doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com a finalidade de avaliar a assistência, desde o acolhimento até os registros em saúde, e até mesmo a própria equipe em termos quantitativos e qualitativos, para assim favorecer a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência da Atenção Básica em Saúde, aumentando a satisfação dos usuários em conformidade com os princípios do SUS, e melhorando assim, a qualidade de saúde da população de Lagoa Santa-MG.

4. Metodologia

Para a construção desse instrumento de avaliação de políticas públicas em saúde, inicialmente consultamos a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial e a Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. Com base nessa consulta, pudemos ter um parâmetro, baseado em evidência, dos principais requisitos necessários para a melhoria da qualidade de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas, hipertensão arterial e diabetes mellitus, em conformidade com os fundamentos e princípios do SUS. Nesse primeiro momento, formulamos a

base das questões que fariam a composição do nosso instrumento de avaliação. Após termos essa base, consultamos outros modelos de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde, incluindo o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade), o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). A partir, então, dessa análise e das coordenadas que nos foram transmitidas para a elaboração desse instrumento, fomos reelaborando as questões e classificando-as de acordo com o que era demandado em termos de avaliação: Organização do cuidado à pessoa com doença crônica, perfil de demanda, atenção aos usuários com condições crônicas e estratificação de risco das condições crônicas. Iniciamos o trabalho com 20 questões que, mais tarde, foram condensadas num total de 10 que contemplavam as necessidades referidas. Após o processo de elaboração das questões, começamos o processo de atribuição de pontuação em cada uma das questões, para que assim, pudéssemos fazer desse instrumento, um modo objetivo de avaliar quão bem as práticas daquela unidade, relacionada a tais condições de saúde, se adequam aos padrões de qualidade do Sistema Único de Saúde. Fizemos, assim, um instrumento que avalia, de forma objetiva, a quantidade e qualidade da equipe profissional de Saúde da Família, a qualidade dos registros dos usuários, a consolidação da agenda programática, o monitoramento do plano de cuidado, avaliação do risco cardiovasculares desses usuários, o acesso da equipe às diretrizes, a capacidade de fornecer medicações e as medidas de prevenção.

5. Desenvolvimento

hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de grande impacto na saúde pública brasileira, definida por níveis pressóricos elevados (PAS > ou igual a 140 mmHg e/OU PAD > ou igual a 90 mmHg) e que requer tratamento pelo seu potencial risco à saúde. Diversos fatores estão envolvidos na sua gênese/predisposição, tais como genético, idade, sexo, etnia, fatores sociais e comportamentais, dentre outros tratando-se de uma doença multifatorial.

A HAS ainda é um desafio para o sistema de saúde brasileiro, com alta prevalência e baixas taxas de controle, gerando ainda mais prejuízos na saúde do indivíduo e aumentando os gastos pelo sistema de saúde devido as possíveis complicações decorrentes do quadro. Sua prevalência no país varia entre 22% a 44% entre os adultos (média de 32%) e maior incidência sobre os homens. No entanto, essa prevalência aumenta consideravelmente à medida em que se progride a faixa etária, chegando a mais de 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Diante desse cenário, a unidade básica de saúde como instrumento de ordenação e coordenação do cuidado tem papel fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. É importante salientar que todo o indivíduo com 18 anos ou mais ao ser atendido na UBS por qualquer motivo e que não tenha registro de aferição de pressão arterial nos últimos 2 anos, deverá ter sua PA aferida e registrada.

disso, para o correto diagnóstico da HAS é necessário ao menos 2 aferições da PA em momentos distintos e com valores PAS > ou igual a 140mmHg e/OU PAD > ou igual 90mmHg, sem que o paciente esteja em uso de medicações anti-hipertensivas. A partir desse ponto, ao ser diagnosticado um quadro de

hipertensão arterial, este deverá ser estratificado conforme o risco, pois a depender da classificação de risco diferentes condutas serão adotadas com a finalidade de reduzir os prejuízos à saúde.

O Ministério da Saúde direciona diversas condutas para que se tenha o manejo mais eficiente da HAS, atuando além da terapêutica medicamentosa, preconiza ações direcionadas a mudanças do estilo de vida, aspecto essencial no âmbito terapêutico e preventivo da hipertensão. Além disso, outros aspectos devem ser abordados pelas equipes das unidades básicas de saúde, a exemplo da alimentação, principalmente quanto ao consumo de sódio e ao controle do peso, da prática regular de atividade física e da interrupção/redução de hábitos que impactam sobre o mau controle da condição (ex. tabagismo e alcoolismo).

O acompanhamento de um paciente com hipertensão arterial sistêmica deve ser de forma a integrar o paciente como único e unir as diferentes ações dos distintos profissionais da atenção básica com o intuito de melhorar a eficiência da assistência. O paciente deve receber acompanhamento com o nutricionista da atenção, com o educador físico, psicólogo, enfermeiro, médico e os outros profissionais e esses devem comunicar entre si a fim de integrar cada atuação e melhorar o acompanhamento do paciente.

No caso do Diabetes Mellitus, um outro grande problema de saúde pública no Brasil, trata-se de um distúrbio metabólico caracterizado por altos níveis de glicose no sangue, frequentemente associado a outras condições de saúde. O tipo mais comum é o Diabetes Mellitus tipo 2, que está ligado à obesidade e ao envelhecimento. Ele se desenvolve gradualmente, com resistência à insulina e produção insuficiente de insulina pelo pâncreas. Além disso, pode apresentar sintomas clínicos como acantose nigricans e hipertrigliceridemia.

No Brasil, estima-se que a prevalência do Diabetes Mellitus tipo 2 seja de aproximadamente 7,5%. Em Minas Gerais, os números são semelhantes.

O diagnóstico pode ser feito através de exames de glicemia em jejum, teste de tolerância oral à glicose ou hemoglobina glicada. No caso de pacientes assintomáticos, é recomendado que dois exames apresentem resultados alterados para confirmar o diagnóstico.

O cuidado do paciente diabético no SUS é realizado pela Equipe de Atenção Primária à Saúde, com a Unidade Básica de Saúde sendo o ponto principal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para prevenir complicações. O cuidado deve ser multidisciplinar e considerar fatores de risco como sobrepeso, hipertensão e dislipidemia.

De acordo com o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 (PCDT) no SUS, recomenda-se rastreamento em adultos a partir dos 45 anos ou mais jovens com sobrepeso e outro fator de risco para diabetes tipo 2. O diagnóstico também deve ser considerado em adolescentes, especialmente se houver obesidade, histórico familiar ou hiperglicemia em exames de rotina.

O tratamento envolve a adoção de hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e atividade física, tanto para pessoas com pré-diabetes quanto para pacientes diabéticos. O tratamento farmacológico é baseado em evidências científicas e leva em consideração a disponibilidade pelo SUS. Geralmente, inicia-se com metformina em monoterapia e, se necessário, outros medicamentos podem ser adicionados. O objetivo é alcançar níveis de HbA1c inferiores a 7%, embora as metas possam variar conforme a idade, presença de comorbidades ou complicações.

A insulinoterapia é indicada quando os medicamentos orais não são suficientes para controlar a glicemia. Recomenda-se o uso de insulina NPH, começando com uma dose noturna e progredindo para duas doses, ajustadas de acordo com as metas glicêmicas. A insulina regular pode ser adicionada para pacientes que precisam de doses prandiais. É essencial orientar os pacientes sobre os sintomas de hipoglicemia quando usam insulina.

tratamento completo do Diabetes Mellitus tipo 2 deve ser multidisciplinar e abranger promoção à saúde, orientação nutricional, atividade física, controle de outras doenças e vacinação. A maioria dos pacientes é acompanhada pela Atenção Primária à Saúde, que deve estar capacitada para gerenciar a doença. Os exames de controle e rastreamento, conforme recomendado pelo PCDT, incluem glicemia em jejum e HbA1c pelo menos duas vezes por ano, lipidograma anualmente ou conforme necessário, albuminúria no diagnóstico e anualmente, fundoscopia anualmente após o diagnóstico, dosagem de vitamina B12 anualmente para usuários de metformina. A avaliação dos pés do paciente diabético deve ser feita anualmente ou conforme necessário.

A linha de cuidado do Diabetes Mellitus na rede de atenção à saúde busca fortalecer e qualificar o cuidado integral aos pacientes em todos os pontos de atenção. Para isso, é importante identificar as competências e necessidades logísticas das unidades básicas de saúde, além de estabelecer fluxos assistenciais e metas de rastreamento. É essencial avaliar o paciente de forma abrangente, considerando outros fatores de risco e doenças, e garantir o acesso e cuidado contínuo, independentemente do problema de saúde.

Com base nesse contexto, o objetivo da elaboração desse trabalho é, através do desenvolvimento de um instrumento para a avaliação de políticas públicas de saúde, obter um panorama do cenário atual de saúde e atuação das Unidades Básicas de Saúde em relação as doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com a finalidade de avaliar a assistência, desde o acolhimento até os registros em saúde, e até mesmo a própria equipe em termos quantitativos e qualitativos, para assim favorecer a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência da Atenção Básica em Saúde, aumentando a satisfação dos usuários em conformidade com os princípios do SUS, e melhorando assim, a qualidade de saúde da população de Lagoa Santa-MG.

6. Resultados

Foram elencados os tópicos a seguir, abordados para obtenção de dados a partir da aplicação do modelo com o intuito de otimizar a assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos do município de lagoa santa/MG, com os seguintes questionamentos:

- 1- A Unidade Básica de Saúde possui em sua composição todos os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família recomendada.
- 2- A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- 3- A equipe de Atenção Básica possui agenda programada para atenção às pessoas com doenças crônicas, Diabetes Mellitus e Hipertensão.

- 4- A equipe e-multi atua junto a UBS tendo como objetivo principal a elaboração e monitoramento do plano de cuidado do usuário.
- 5- É realizada avaliação do risco cardiovascular dos pacientes com quadro de DM e/ou HAS?
- 6- Existe registro das pressões arteriais sistêmicas e hemoglobina glicada dos pacientes acompanhados pela UBS no sistema e-sus.
- 7- A Equipe tem acesso, conhece e utiliza frequentemente as diretrizes clínicas destinadas ao acompanhamento de hipertensos e Diabéticos.
- 8- É fornecido, pela rede, as medicações para controle da hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes?
- 9- São realizadas medidas para prevenção da hipertensão arterial sistêmica e diabetes na população?
- 10- Os profissionais da equipe estão capacitados para o apoio ao autocuidado do usuário com condição crônica.

A partir dos dados apresentados, foi elaborada um modelo de instrumento para avaliação de políticas públicas de saúde com enfoque em hipertensão e diabetes conforme o anexo 1.

7. Conclusão

Diante dos dados apresentados no que diz respeito ao atendimento às pessoas com condições crônicas (hipertensão de Diabetes), é necessário que as ações em prol da garantia da assistência de qualidade, longitudinal e integral sejam colocadas em prática. Dessa forma, o modelo construído para avaliação da assistência será de grande valor, pois possibilitará que outras ações possam ser adotadas com o intuito de melhoria da assistência e garantia do direito à saúde integral e de qualidade.

8. Referências

- 1- Brasil: Ministério da Saúde, 2013. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - hipertensão arterial sistema - Cadernos de Atenção Básica, 37
- 2- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial–2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, p. 516-658, 2021.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e insumos estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete Melito Tipo 2. Novembro 2020.
- 4- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n o 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – DIABETES.
- 5- Luciana Bahia, Bianca de Almeida-Pititto, Bertoluci M. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: , ISBN: 978-65-5941-622-6.

- 6- <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/1o-ciclo/autoavaliacao-para-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade/amaq.pdf/view>, acesso em 04/08/2023, 10:00
- 7- <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>, acesso em 04/08/2023, 11:00

Anexo 1

N° 01	A Unidade Básica de Saúde possui em sua composição todos os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família recomendada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe mínima recomendada pelo Ministério da Saúde, é composta por:</p> <p>1 Médico, 1 Enfermeiro, 1 Técnico de enfermagem, número de Agentes Comunitários de Saúde suficiente de acordo com base populacional (em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS), com carga horária de 40 horas semanais (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). <i>Pontuação (conforme Portaria GM/MS Nº 38, de 10 de janeiro de 2022):</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>10 – Equipe completa;</p> <p>6 - 9 - Ausência de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima: Técnico de Enfermagem ou Agente Comunitário de Saúde;</p> <p>1 - 5 - Ausência de apenas um dos seguintes profissionais da equipe mínima: Médico ou Enfermeiro;</p> <p>0 – Ausência simultânea de três categorias profissionais da equipe mínima da ESF; ou ausência simultânea dos profissionais médico e enfermeiro da equipe mínima da ESF ou da EAP.</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p><input type="checkbox"/> Médico</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeiro</p> <p><input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> ACS</p>		
N° 02	A equipe de Atenção Básica identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Analisa periodicamente a população cadastrada, considerando as prevalências estimadas para o território e seus fatores de risco. Contempla em sua rotina de trabalho a identificação dessas condições por meio de rastreamento, avaliação de sinais e sintomas Após a identificação, registra dados, como data da última consulta, exames de acompanhamento e outras informações relevantes em sistemas de informação ou planilhas para acompanhamento das pessoas com doenças crônicas no território.</p> <p>Pontuação:</p> <p>10 - O monitoramento e atualização dos registros são realizados periodicamente no sistema de informação e-sus;</p> <p>6-9 - É realizado somente o monitoramento dos registros no sistema mas não a atualização do registros clínicos;</p> <p>1-5 - Não é realizado o monitoramento, nem a avaliação dos registros de informação no sistema;</p> <p>0 - Não é realizado nenhum dado no e-sus;</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p><input type="checkbox"/> Monitoramento</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliação</p>		

() Registro completo dos dados

Nº 03	A equipe de Atenção Básica possui agenda programada para atenção às pessoas com doenças crônicas, Diabetes Mellitus e Hipertensão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A programação do cuidado (ex.: frequência de consultas, grupos e exames) deve ser baseada na estratificação de risco, nas necessidades individuais, nos determinantes sociais da saúde e no auxílio para lidar com as limitações geradas pela doença. A flexibilização de horários para atendimento pela ESF para acessibilidade a unidade, a oferta de cuidados de forma interdisciplinar, a realização de atendimentos individuais e coletivos, atividades educativas, são estratégias para facilitação do acesso à atenção integral da pessoa com doença crônica.</p> <p>Pontuação: 10 - Há agenda programada e flexibilização de horário para atendimento do público alvo 6-9 - Há agenda programada mas não há flexibilização de horário 1-5 - A demanda do atendimento é do usuário. 0 - Não existe agenda programada</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Agenda programada () Horário flexível para atendimento do público alvo () Atendimento após demanda do usuário;</p>		

ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES

Nº 04	A equipe e-multi atua junto a UBS tendo como objetivo principal a elaboração e monitoramento do plano de cuidado do usuário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Segundo o Ministério da Saúde: As eMulti são equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde - RAS.</p> <p>As eMulti possuem a missão de cumprir as seguintes diretrizes e objetivos:</p> <p>I - facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde, por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das equipes vinculadas;</p> <p>II - pautar-se pelo princípio da integralidade da atenção à saúde;</p> <p>III - ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território;</p> <p>IV - integrar práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde, vigilância e formação em saúde na APS;</p> <p>V - favorecer os atributos essenciais e derivados da APS, conforme orientado pela Política Nacional da Atenção Básica - PNAB, por meio da atenção interprofissional, de modo a superar a lógica de fragmentação do cuidado que compromete a corresponsabilização clínica;</p> <p>VI - oportunizar a comunicação, integração e articulação da APS com os outros serviços da RAS e intersetoriais, contribuindo para a continuidade de fluxos assistenciais;</p> <p>VII - contribuir para aprimorar a resolubilidade da APS; e</p> <p>VIII - proporcionar que a atenção seja contínua ao longo do tempo, por meio da definição de profissional de referência da eMulti e equipe vinculada, a fim de qualificar a diretriz de longitudinalidade do cuidado.</p> <p>Fonte: Portaria Gm/Ms Nº 635, De 22 De Maio De 2023</p> <p>Pontuação:</p>		

10 - Toda a equipe multidisciplinar encontra-se disponível para cumprir a demanda
 6-9 - A equipe multidisciplinar cumpre parcialmente a demanda
 1-5 - A equipe multidisciplinar está sobrecarregada com a demanda
 0 - A equipe e-multi não acompanha os usuários da unidade.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- Falta Matriciamento
- Comunicação prejudicada
- Equipe e-multi incompleta

N° 05	É realizada avaliação do risco cardiovascular dos pacientes com quadro de DM e/ou HAS?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	---------------------------

Existe uma relação direta entre a pressão arterial alta, valores hiperglicêmicos que, associados a outras comorbidades predispõem a doenças cardíacas. O cálculo do risco cardiovascular permite a individualização do cuidado para que cada pessoa possa assumir e ser corresponsável pelo seu estado de saúde optando por melhores alternativas de tratamento.

Fonte: https://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/capitulo8#_1egqt2p

Pontuação:

10 - É realizado o risco cardiovascular de todos os pacientes
 6-9 - É realizado o risco cardiovascular em pacientes com apenas uma condição crônica associada.
 1-5 - É realizado o risco cardiovascular mas não é registrado no e-sus
 0 - Não é realizado o risco cardiovascular

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- Risco cardiovascular
- Falta de dados
- Autorreferidos

N° 06	Existe registro das pressões arteriais sistêmicas e hemoglobina glicada dos pacientes acompanhados pela UBS no sistema e-sus.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	---------------------------

No tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos, um dos objetivos é atingir a meta pré-estabelecida. Os indicadores 6 e 7 do Previnem Brasil dispões sobre a "Proporção de pessoas com Hipertensão Arterial, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e "Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre" com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre".

Pontuação:

10 - maior ou igual a 50% dos pacientes cadastrados com hipertensão e/ou diabetes;;
 6-9 - maior ou igual a 35% ou menor que 50% dos pacientes cadastrados com hipertensão e/ou diabete;
 1-5 - maior ou igual a 20% ou menor que 35% dos pacientes cadastrados com hipertensão e/ou diabetes;
 0 - menor de 20%;

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- O registro das informações é realizado em sua totalidade durante o contato assistencial;

- () O registro das informações é realizado em sua totalidade após contato assistencial;
 () registro das informações é realizado parcialmente durante o contato assistencial;
 () O Registro das informações não são realizados de forma correta;

N° 07	A Equipe tem acesso, conhece e utiliza frequentemente as diretrizes clínicas destinadas ao acompanhamento de hipertensos e Diabéticos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	---------------------------

As diretrizes clínicas têm como objetivo orientar a equipe de saúde da família a estratégia no manejo do paciente com diabetes e hipertensão, pois tais diretrizes fornecem orientações baseadas em evidências científicas sobre o diagnóstico, tratamento e monitoramento dessas condições, ajudando os profissionais de saúde a oferecer um cuidado padronizado e eficaz, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo os riscos de complicações.

Pontuação:

- 10 - A equipe tem acesso e utiliza as diretrizes disponibilizadas para definir a linha de cuidado com o paciente;
 6-9 - A equipe tem acesso as diretrizes, porém não as utiliza como norteadoras para linha de cuidado;
 1-5 - A equipe não tem acesso aos documentos norteadores disponibilizados pela gestão
 0 - Não há atuação da equipe multidisciplinar;

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- () Desconhecimento das diretrizes
 () Falta de capacitação
 () Falta de interesse do profissional

N° 08	É fornecido, pela rede, as medicações para controle da hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-------	--	---------------------------

O SUS tem que disponibilizar medicamentos para pacientes hipertensos e diabéticos porque essas são condições crônicas de saúde que requerem tratamento contínuo com medicamentos para prevenir complicações graves, garantindo o acesso aos cuidados de saúde necessários para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua capacidade financeira.

Fonte: Lei nº 8.080/1990

Pontuação:

- 10 - A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais possui todos os medicamentos e insumos necessários para o tratamento de tais comorbidades.
 6-9 - Fornece apenas medicamentos mas não fornece os aparelhos necessários para o monitoramento das condições crônicas;
 1-5 - Fornece parcialmente as medicações e os insumos necessários;
 0 - Não fornece medicações e /ou insumos necessários;

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- () Glicosímetro para qualquer tipo de Diabetes

- Falta de insumos;
- Inconformidade nos dados dos pacientes

N° 09	São realizadas medidas para prevenção da hipertensão arterial sistêmica e diabetes na população?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>É importante envolver a sociedade como um todo na implementação de mudanças no estilo de vida. Programas contínuos de educação em saúde devem ser direcionados a alunos, equipes de instituições, empresas e comunidade. A conscientização por meio da mídia, campanhas temáticas e ações adicionais, como incorporar a prevenção e controle da hipertensão em programas de atenção primária à saúde, implementar programas multiprofissionais e fortalecer normas governamentais são estratégias essenciais para combater a hipertensão e o diabetes.</p> <p>Pontuação:</p> <p>10 - São realizadas medidas para prevenção através de salas de espera, campanhas temáticas nas unidades de saúde e programas de atenção primária; 6-9 - São realizadas medidas de prevenção apenas em salas de espera; 1-5 - As medidas de prevenção são realizadas apenas durante o atendimento médico; 0 - não há capacitação</p>		
<p>Inconformidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> determinantes sociais <input type="checkbox"/> Estratégias de comunicação <input type="checkbox"/> Educação Popular em saúde 		

N° 10	Os profissionais da equipe estão capacitados para o apoio ao autocuidado do usuário com condição crônica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O profissional de saúde possui um papel de suma importância no acompanhamento, e principalmente nas mudanças de hábitos do paciente com doenças crônicas. Está também, diretamente ligado à rede de apoio deste usuário. Deve ser estabelecido um vínculo de co-responsabilidade, com objetivo no cuidado de si mesmo, procurando bem estar e qualidade de vida. Os profissionais devem estar capacitados para assumir sua responsabilidade no cuidado do paciente com condições crônicas.</p> <p>Pontuação:</p> <p>10 - Os profissionais participam periodicamente das capacitações ofertadas da educação permanente em saúde. 6-9 - Os profissionais participam esporadicamente das capacitações ofertadas da educação permanente em saúde. 1-5 - A gestão de saúde oferece as capacitações, porém não há interesse por parte do servidor. 0 - Não realizam capacitação</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de interesse <input type="checkbox"/> Falta de capacitação <input type="checkbox"/> Alta demanda 		