



MEDICINA

ANDREA COUTO OLIVEIRA

MARCELO MAIA VALENÇA

NATHALIE DE OLIVEIRA SALGADO

RAÍSSA LOPES DE OLIVEIRA

THAÍS ISABEL BRAGA DE CASTRO

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.....	3
2. Objetivo Geral.....	3
3. Objetivos Específicos	3
4. Metodologia.....	4
5. Desenvolvimento	5
6. Resultados	10
7. Conclusão	11
8. Referências	12
9. Anexo	14

1.INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma iniciativa que visa reestruturar a atenção básica à saúde no Brasil, alinhada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tanto o Ministério da Saúde quanto as autoridades locais e estaduais o reconhecem como um meio de ampliar, aperfeiçoar e consolidar os serviços de atenção básica. O PSF promove uma transformação na abordagem do trabalho, com o potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, aumentando a capacidade de resolver questões de saúde e influenciando positivamente a saúde das pessoas e das comunidades.

No âmbito do município de Lagoa Santa-MG, o Comitê Técnico de Gestão, em colaboração com os estudantes de medicina do 11º período da FAMINAS-BH, está implementando estratégias para monitorar e avaliar o cuidado de doenças crônicas, com foco em diabetes e hipertensão. Por meio dessa abordagem, o objetivo é organizar e sistematizar as ações de saúde destinadas à população, visando aprimorar o atendimento e a assistência, bem como os indicadores relacionados ao cuidado com pacientes que sofrem dessas comorbidades. As principais metas incluem a implementação de políticas públicas, a integração das redes de atendimento, o desenvolvimento das habilidades dos profissionais de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos residentes de Lagoa Santa-MG. O foco principal é garantir a igualdade no acesso às políticas públicas e elevar o padrão de cuidados de saúde para esse grupo de pacientes.

2. OBJETIVO GERAL

Exibir um modelo para acompanhamento e análise qualitativa das estratégias de supervisão da assistência à saúde, com foco nas Doenças Crônicas, incluindo a Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), implementadas pelos serviços de atenção primária à saúde de Lagoa Santa-MG. Isso também abrange a coordenação e o desenvolvimento de estratégias de saúde direcionadas para a comunidade realizadas por cada Equipe de Saúde da Família em sua respectiva área de atuação.

3. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Avaliar a eficácia das políticas públicas de saúde no controle da hipertensão e diabetes, visando melhorar os resultados clínicos, a qualidade de vida e a equidade no acesso aos cuidados.
- Avaliar o impacto das políticas públicas de saúde no diagnóstico precoce e no manejo adequado da hipertensão e diabetes, por meio da análise de dados epidemiológicos e de registros de saúde.
- Avaliar a implementação e eficácia das estratégias de prevenção e promoção da saúde para hipertensão e diabetes, incluindo programas de educação, campanhas de conscientização e intervenções voltadas para estilos de vida saudáveis.
- Analisar a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde voltados para atenção à hipertensão e diabetes, considerando aspectos como a oferta de tratamento, acesso a medicamentos e adesão aos protocolos de atendimento.
- Investigar os determinantes sociais, econômicos e culturais que influenciam o controle da hipertensão e do diabetes, buscando identificar possíveis desigualdades no acesso aos cuidados, bem como propor ações para reduzir essas disparidades.
- Avaliar a eficácia e impacto das políticas voltadas para a gestão integrada da hipertensão e diabetes, com a coordenação do cuidado entre diferentes níveis de atenção, incluindo a atuação dos profissionais de saúde, uso de tecnologias e sistemas de informação.
- Propor recomendações baseadas em evidências para o aprimoramento das políticas públicas de saúde na abordagem das doenças crônicas, a fim de melhorar os resultados clínicos, a qualidade de vida e a equidade no acesso aos cuidados para pessoas com hipertensão e diabetes.

Esse objetivo de trabalho visa contribuir para a avaliação e melhoria contínua das políticas públicas de saúde relacionadas à hipertensão e ao diabetes, com a finalidade de aprimorar os resultados de saúde e fornecer cuidados de qualidade para a população afetada por essas doenças crônicas.

4.METODOLOGIA

Utilizamos como referências os Protocolos Assistenciais na Atenção Básica de Saúde, bem como as leis regulamentadoras relacionadas aos artigos da Constituição Federal de 1988 que tratam do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições, programas do Ministério da Saúde, e também documentos oficiais disponíveis nos sites governamentais do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Lagoa Santa

Além disso, para a realização deste trabalho, foram conduzidas reuniões com a orientadora responsável, com o objetivo de esclarecer a importância dos principais elementos a serem considerados nos processos abrangentes relacionados à Gestão da Assistência, com foco nas Doenças Crônicas (especificamente Hipertensão Arterial - HAS e Diabetes Mellitus - DM) em Lagoa Santa-MG. Com base nas orientações recebidas e levando em conta a legislação atual no âmbito do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), foi elaborado um questionário destinado à equipe de gestão da SEMSA de Lagoa Santa, destinado a ser aplicado aos profissionais das Equipes de Saúde da Família da cidade.

5. DESENVOLVIMENTO

5.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar é uma forma de cuidado à saúde que pode substituir ou complementar os serviços existentes. Ela inclui ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas no domicílio, garantindo continuidade do cuidado do paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e integração com as redes de saúde. Essa modalidade pode ser dividida em três tipos, dependendo das necessidades do usuário.

A modalidade AD1 é voltada para usuários que têm problemas de saúde controlados, mas têm dificuldade ou não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Esses usuários precisam de cuidados menos complexos e menos frequentes, incluindo recuperação nutricional, e são atendidos pelas equipes da Atenção Básica. Representam, por exemplo, a população que possui o diagnóstico de HAS e DM, porém que estão com a doença controlada.

A modalidade AD2 é para usuários com HAS e DM e que têm dificuldade ou não podem se deslocar até uma UBS e precisam de cuidados mais frequentes, recursos de saúde e acompanhamento contínuo. Esses cuidados são realizados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e pela equipe multiprofissional de apoio (EMAP), provenientes de diferentes serviços da rede de atenção.

A modalidade AD3 é para usuários com essas comorbidades que têm dificuldade ou não podem se deslocar até uma unidade de saúde e precisam de cuidados mais frequentes, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos. Esses cuidados são realizados pela equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e pela equipe multiprofissional de apoio (EMAP), provenientes de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde.

5.2 APOIO DIAGNÓSTICO

A rede de apoio ao diagnóstico são espaços institucionais onde são oferecidos serviços compartilhados em todas as áreas de atenção à saúde, como diagnóstico, tratamento, farmácia e informação sobre as doenças em geral.

São exemplos:

- Diagnóstico por imagem;
- Medicina nuclear;
- Eletrofisiologia;
- Endoscopias;
- Hemodinâmica;
- Patologia clínica.

5.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1998, depois de amplo debate para a sua elaboração, com a participação de toda a sociedade envolvida com o tema medicamentos, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta Política fortalece os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação.

A PNM do Brasil, aprovada com a edição da Portaria GM N° 3.916, de 30/10/98, tornou-se, então, parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo-se um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população

A PNM estabeleceu diretrizes norteadoras de todas as ações nas três esferas de governo, aos gestores do SUS, atuando em estreita parceria, objetivando assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível.

Uma das diretrizes fundamentais da PNM é a reorientação da assistência farmacêutica. O modelo de assistência farmacêutica está sendo reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos.

O processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, ora em curso no País, no âmbito do SUS, está fundamentada:

- Na descentralização da gestão;
- Na promoção do uso racional de medicamentos;
- Na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica;
- No desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos mesmos no âmbito do setor privado.

O processo de implementação da PNM ora em curso no País, vem exigindo a definição de planos, programas e atividades específicas nas esferas federal, estadual e municipal. Como exemplos, no nível federal, a aprovação da Relação Nacional de Medicamentos - RENAME, após 16 anos, com a edição da Portaria GM N° 507/99, de 19/05/99. Para as esferas estadual e municipal, a implementação e operacionalização da Portaria GM N° 176/99, de 08/03/99, que instituiu o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, numa nova lógica de gestão, num novo modelo descentralizado.

O Plano em si contempla o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores destas doenças, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram estabelecidos que os medicamentos Captopril comp. 25 mg, Hidroclorotiazida comp. 25 mg e Propranolol comp. 40 mg seriam aqueles que devem estar disponíveis nas UBS. Quanto ao tratamento dos diabéticos, definiu-se pela utilização além da insulina NPH-100 disponibilizada na rede sistematicamente, dos hipoglicemiantes orais Glibenclamida comp. 5 mg e da Metformina comp. 500/850 mg. Com isto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com os representantes estaduais e municipais de saúde, traçou estratégias complementares no tocante ao processo de aquisição e disponibilização desses medicamentos.

No tocante aos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, o

O Ministério da Saúde, em estreita sintonia com os gestores estaduais e municipais de saúde, estão definindo uma estratégia que possa disponibilizar os medicamentos à toda a rede de saúde do SUS.

Vale ressaltar que os medicamentos incluídos nessas ações de operacionalização do Plano são medicamentos considerados "essenciais" pela Organização Mundial de Saúde e fazem parte da atual Relação Nacional de

Medicamentos Essenciais - Rename do Brasil.

Conforme estabelecido, o Plano tem na educação e promoção à saúde seus alicerces, mas não pode prescindir das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames a serem oferecidos ainda na atenção básica. Assim implementado, o Plano irá com certeza melhorar a qualidade de vida dos portadores e diminuir os custos médicos e sociais, inclusive os do financiamento da atenção a esses agravos, principalmente pela diminuição das suas complicações.

5.4 INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL

A nova relação entre a ESF (Estratégia de Saúde da Família) e a AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) requer mudanças significativas na forma como as unidades de cuidados ambulatoriais especializados são organizadas.

Atualmente, observamos um modelo de atenção fragmentada, conhecido como Centro de Especialidades Médicas (CEM), que organiza a AAE de forma isolada.

Precisamos transformar e substituir esse modelo pelo modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa mudança vai além da questão semântica, pois implica em uma transformação essencial na organização dos cuidados ambulatoriais especializados.

O modelo predominante do CEM pode se apresentar em diversas formas na prática social, como uma unidade com múltiplas especialidades médicas denominada centro de especialidades médicas ou policlínica, ou até mesmo um médico especialista atuando sozinho em um consultório. O que diferencia fundamentalmente esses modelos é se a ESF e a AAE fazem parte de um sistema fragmentado, atuando como silos independentes, ou se estão inseridas em RAS e se comunicam de forma orgânica, coordenadas pela ESF. Consequentemente, as unidades de AAE nesses dois modelos têm estrutura e funções completamente distintas.

No contexto da saúde, os generalistas são profissionais que atuam nas equipes da ESF, enquanto os especialistas fazem parte das equipes de AAE, que constituem pontos de atenção secundária das RAS. A relação entre generalistas e especialistas é uma expressão das tendências organizacionais em diferentes setores, onde se observa a necessidade de especialização para lidar com a crescente complexidade. No entanto, é importante ressaltar que os generalistas desempenham funções específicas, como ter uma visão integral da organização e suas relações externas, atuar como centros de comunicação e ajudar a organização a se adaptar a mudanças internas e externas.

Além disso, é importante lembrar que os especialistas não se limitam apenas aos médicos. Nas clínicas especializadas, podem haver outros profissionais especializados, como assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Em cada clínica, esses profissionais desenvolvem trabalhos especializados de nível secundário. Por exemplo, em uma clínica especializada em diabetes, pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes, enquanto em uma clínica especializada em cuidados para idosos, pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção à população idosa.

Essas propostas visam promover uma maior integração e colaboração entre a ESF e a AAE, garantindo que os cuidados especializados sejam oferecidos de forma mais eficiente e coordenada, para melhor atender às necessidades da população.

5.5 VISITA DOMICILIAR

O acompanhamento domiciliar periódico dos diabéticos e hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da ESF, pois é o momento em que o médico pode interagir com sua realidade, momento de comunicação e da criação de um vínculo, de avaliar o ambiente em que se encontra inserido, de iniciar busca ativa de fatores que propiciam ou não a adesão do paciente ao tratamento, sendo um importante problema a ser identificado e resolvido em nossa área de abrangência.

A realização do trabalho de acompanhamento dos pacientes, como mencionado anteriormente, será trabalhado por ser de grande importância para controle e estabilização da doença devido às complicações crônicas como acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, retinopatia diabética, insuficiência renal, neuropatia diabética além da probabilidade maior para desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando descompensado e sem acompanhamento clínico.

Além do mais, este problema priorizado pela equipe baseou-se, também, no estigma social que as complicações crônicas que o diabetes mellitus e a hipertensão arterial provocam dentro de nossa população adstrita e, dos problemas de vulnerabilidades sociais que prejudicam o prognóstico desse grupo de pacientes.

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 equipe conhece as notas técnicas do município?
2. Há um registro na unidade e monitoramento constante dos pacientes com diabetes e hipertensão, que apresentam restrição funcional ou incapacidade severa, recebendo visitas do ACS e atendimento da equipe?
3. A equipe trabalha em conjunto com a equipe do SAD e/ou e-multi para fornecer atendimento integrado aos usuários com diabetes e hipertensão que residem em sua área de atuação?

4. A equipe possui conhecimento e acesso à Relação Municipal de Medicamentos (REMUME)?
5. Os medicamentos são disponibilizados tanto na Unidade Básica de Saúde quanto na farmácia municipal mais próxima?
6. As visitas domiciliares são realizadas regularmente, com periodicidade definida a partir da classificação de risco da família?
7. A equipe acompanha o comparecimento e o atendimento dos pacientes no AAE?
8. A equipe realiza monitoramento do plano de cuidados para cada paciente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial?
9. A equipe da UAPS recebe informações por escrito sobre os cuidados especializados que os usuários receberam, bem como orientações para garantir a continuidade do cuidado pela APS?
10. A equipe faz referência ao ambulatório de Atenção especializada da região de saúde, de maneira a garantir compartilhamento do cuidado na regional?

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.

7. CONCLUSÃO

Considerando os diversos fatores que influenciam a prestação de assistência de qualidade, é fundamental que as iniciativas relacionadas à prevenção de doenças e à promoção da saúde sejam efetivadas de acordo com as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas de saúde. Isso implica que essas ações devem ser implementadas com base em critérios epidemiológicos, sociais e culturais, dentro de uma estrutura de saúde bem organizada, garantindo um acesso digno e oportuno para os usuários.

Nesse contexto, a adoção do modelo de avaliação proposto representa uma medida que viabiliza a continuidade da supervisão. Através da análise dos resultados obtidos em cada cenário avaliado, torna-se possível propor medidas concretas para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência à saúde dos usuários com doenças crônicas com ênfase na Hipertensão Arterial - HAS e Diabetes Mellitus – DM.

8.REFERÊNCIAS

8.1 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS Brasília By Anon Year: 2001 URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf

8.2 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria N° 825, de 25 de Abril de 2016 - Capítulo II, Seção I - Da indicação e organização da atenção domiciliar.

8.3 ADRIANO, Jacilene Geaquinto Leão. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida. FIOCRUZ, 16 2008. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/515.pdf> >. Acesso em 21 ago. 2023. 2. BRASIL. Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Brasília, DF, 19 de set. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em 21 ago. 2023.

8.4 BRASIL. Lei N° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Presidência da República. Brasília, DF, 12 de jan. 1996. Disponível em:< http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument >. Acesso em: 16 ago. 2023.

8.5 BRASIL. Lei N° 13.595, de 05 de janeiro de 2018. Presidência da República. Brasília, DF, 05 de jan. 2018. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm > Acesso em 21 ago. 2023.

8.6 BRASIL. Lei N° 14.433, de 2 de setembro de 2022. Presidência da República. Brasília, DF, 2 de set. de 2022. Disponível em: < http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%209.263-1996?OpenDocument >. Acesso em: 21 ago. 2023.

8.7 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda Espontânea, Brasília: 2013. n. 28, V. 1. Disponível em: <

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_ca_b28v1.pdf >. Acesso em: 20 ago. 2023.

8.8 BRASIL. Ministério da Saúde. Cuida Mais Brasil. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/cuida-mais-brasil/cuida-mais-brasil> >. Acesso em: 12 ago. 2023.

8.9 BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/> >. Acesso em: 12 ago. 2023.

8.10 BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. Disponível em: < <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas> >. Acesso em: 18 ago. 2023.

8.11 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: 2016. 230 p. : il. ISBN 978-85-334-2360-2. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf >. Acesso em: 12 ago. 2023.

8.12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf >. Acesso em: 21 ago. 2023.

8.13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 . Brasília, 2021. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf >. Acesso em: 10 ago. 2023.

9. ANEXO

APOIO DIAGNÓSTICO

N° 01	A equipe conhece as notas técnicas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>As notas técnicas tem por objetivos atualizar e definir claramente todos os procedimentos, as metodologias e os fluxos estabelecidos pela equipe técnica do município. Apresentam os cuidados e precauções e tendem a uniformizar as rotinas com eficiência técnica, qualidade e excelência aprimorando direta ou indiretamente o processo como um todo. As notas técnicas destinadas a Hipertensão e/ou Diabetes dispões sobre o manejo dos pacientes diabéticos e hipertensos.</p> <p><i>Guia para diagnóstico laboratorial em saúde pública : orientações para o sistema nacional de laboratórios de saúde pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021].</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0 - Não conhece</p> <p>1-5 - Conhece, mas nunca utilizou</p> <p>6-9 - Conhece, mas não utiliza</p> <p>10 - Conhece e utiliza</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Não possui nota técnica</p> <p>() Nota técnica desatualizada.</p> <p>() Falta da referência técnica habilitada.</p>		

ATENÇÃO DOMICILIAR

N° 02	A UBS trabalha a atenção domiciliar em conjunto SAD e/ou e-multi para fornecer atendimento integrado aos usuários com diabetes e hipertensão, acamados ou domiciliados, que residem em sua área de atuação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Existem evidências científicas que comprovam que equipes multidisciplinares que atuam de forma coordenada, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições crônicas e a responder às agudizações desses processos, alcançam melhores resultados.</p> <p><i>ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA</i> <i>MINISTÉRIO DA SAÚDE CADERNOS ATENÇÃO BÁSICA de 35.</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0- Não há atenção domiciliar aos pacientes Hipertensos e diabéticos</p> <p>1-5 - Só é realizada atenção domiciliar compartilhada de pacientes agudizados.</p> <p>6-9 - A unidade de Saúde só realiza a atenção domiciliar com uma equipe multidisciplinar. SAD ou e-multi.</p> <p>10 - A UBS atua junto com o SAD e o e-Multi</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Não há participação do SAD.</p> <p>() Não há participação do e-Multi.</p> <p>() Somente o médico da UBS realiza visita domiciliar.</p>		

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

N° 03	A equipe possui conhecimento e acesso à Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Relação Municipal de Medicamentos Essenciais foi elaborada pela Comissão Permanente de Farmacoterapêutica (CPFT) da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa- MG. Está embasada na oficial da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que serviu como subsídio para elaboração e pactuação da listagem de medicamentos da atenção básica, saúde mental, estratégicos, odontológicos, excepcionais, insumos e suplementos alimentares. Cada medicamento está classificado de acordo com sua classe terapêutica acompanhado da apresentação farmacêutica, concentração e forma farmacêutica.</p> <p style="text-align: center;"><i>Relação municipal de medicamentos essenciais de Lagoa Santa - 2023.</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0 - A equipe não tem conhecimento e não utiliza da REMUME.</p> <p>1-5 - A equipe tem conhecimento, mas não utiliza da REMUME.</p> <p>6-9 - A equipe tem conhecimento da REMUME, mas não a utiliza como fundamento.</p> <p>10- A equipe tem conhecimento e utiliza sempre da REMUME.</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Acessibilidade</p> <p>() Interesse da equipe</p>		

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

N° 04	Os medicamentos são disponibilizados tanto na Unidade Básica de Saúde quanto na farmácia Municipal mais próxima.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A REMUME de Lagoa Santa lista medicamentos da atenção básica, saúde mental, estratégicos, odontológicos, excepcionais, insumos e suplementos alimentares. Cada medicamento está classificado em um grupo: No grupo 1.00 está a lista dos medicamentos essenciais utilizados na Atenção Básica. No grupo 2.00 consta a lista dos medicamentos utilizados na Saúde Mental, relacionados com os programas de saúde aos quais estão vinculados. No grupo 3.00 estão os medicamentos de uso na Odontologia. No grupo 4.00 estão os medicamentos do programa estratégico do Ministério da Saúde. No grupo 5.00 estão os medicamentos de uso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No grupo 6.00 os medicamentos de maior demanda dos processos sociais e judiciais, sendo que receberam a denominação de medicamentos Excepcionais. No grupo 7.00 os insumos de demanda social e judicial, e no grupo 8.00 os suplementos alimentares. Os fármacos excepcionais menos utilizados continuarão sendo comprados via processos após autorização do gestor municipal de saúde.</p> <p style="text-align: center;"><i>[Relação municipal de medicamentos essenciais de Lagoa Santa - 2023].</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0- As equipes não têm acesso à farmácia dentro da unidade.</p> <p>1-5- As equipes têm acesso a farmácia dentro da unidade, mas não possui um apoio farmacêutico municipal próximo.</p> <p>6-9- As equipes têm acesso tanto a farmácia dentro da unidade quanto um apoio farmacêutico municipal próximo, em alguns horários comerciais.</p> <p>10- As equipes têm acesso tanto a farmácia dentro da unidade quanto um apoio farmacêutico municipal presente.</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Abastecimento da Farmácia Municipal.</p> <p>() Fluxo de abastecimento da Farmácia da UBS</p> <p>() Ausência de Farmácia na UBS</p>		

Ausência do Farmacêutico na UBS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Nº 05	É fornecido, pela REMUME, as medicações para controle da hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>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.</p> <p style="text-align: right;"><i>Fonte: Lei nº 8.080/1990</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>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;</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p><input type="checkbox"/> Glicosímetro para qualquer tipo de Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de insumos;</p> <p><input type="checkbox"/> Inconformidade nos dados dos pacientes</p>		

VISITA DOMICILIAR

N° 06	As visitas domiciliares são realizadas regularmente, com periodicidade definida a partir de critérios pré estabelecidos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A Visita Domiciliar deve ser feita em equipe. É a oportunidade de reunir o usuário, seus familiares e os profissionais de saúde no intuito de facilitar o projeto terapêutico. Contudo, é importante que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) lidere o grupo.</p> <p>Dentre as atribuições Do Agente Comunitário de Saúde está:</p> <p>V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;</p> <p style="text-align: center;"><i>Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0 - Não faz classificação de risco e não realiza visita como preconizado.</p> <p>1-5 - Realiza visitas com periodicidade irregular e não atualiza a classificação de risco.</p> <p>6-9 - Realiza visitas regularmente e não atualiza a classificação de risco.</p> <p>10 - Realiza visitas regularmente e atualiza a classificação de risco da família.</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Não há visita.</p> <p>() Não há critério para visita nos pacientes Hipertensos e/ou diabéticos.</p> <p>() Classificação de risco</p>		

VISITA DOMICILIAR

N° 07	Há registro e monitoramento constante dos pacientes com diabetes e hipertensão, que apresentam restrição funcional ou incapacidade severa, recebendo visitas do ACS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Analisa periodicamente a população hipertensa e diabética 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 no e-sus.</p> <p><i>Rede PEPSUS – Relato de Experiência VI de Yepsica ESTEVEZ GUILARTE.</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0 - Não é realizado nenhum dado no e-sus; 1-5 - Não é realizado o monitoramento, nem a avaliação dos registros de informação no sistema; 6-9 - É realizado somente o monitoramento dos registros no sistema mas não a atualização do registros clínicos; 10 - O monitoramento e atualização dos registros são realizados periodicamente no sistema de informação e-sus;</p> <p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Monitoramento () Avaliação () Registro completo dos dados</p>		

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

N° 08	A equipe acompanha o comparecimento e o atendimento dos pacientes na atenção ambulatorial especializada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O papel dos pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar no cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção básica, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje. Para tanto, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela ABS. No caso da relação entre os profissionais da atenção básica e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais da atenção básica.</p> <p style="text-align: center;"><i>Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011</i></p> <p>Pontuação:</p> <p>0 - a equipe não acompanha o comparecimento e o atendimento dos pacientes no AAE.</p> <p>1-5 - A equipe acompanha o comparecimento de parte dos pacientes no AAE, porém não monitora adequadamente o atendimento desses pacientes.</p> <p>6-9 - A equipe acompanha o comparecimento e o atendimento de grande parte dos pacientes no AAE.</p> <p>10 - A equipe acompanha com êxito o atendimento e comparecimento de todos os pacientes no AAE.</p>		
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>() Fluxo de encaminhamento entre os serviços.</p> <p>() Comunicação da Rede.</p> <p>() Desejo do usuário.</p>		

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

N° 09	A equipe realiza monitoramento do plano de cuidados para cada paciente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os objetivos são das linhas de cuidados para HAS e DM são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. utilizar o conceito de território como base para a gestão municipal de saúde na linha de cuidado de hipertensão e diabetes: identificar debilidades, planejamento local e para o enfrentamento dos principais problemas de saúde; 2. atualizar e qualificar os profissionais de saúde da atenção primária na prevenção e cuidado ao diabetes e à hipertensão; 3. construir, em conjunto com os pacientes, estratégias para adquirirem graus crescentes de autonomia para lidarem com seus processos de adoecimento; 4. utilizar o conceito de vulnerabilidade psicossocial para trabalhar a promoção e prevenção da HAS e DM; 5. promover a disseminação de informações sobre a doença e seus fatores de risco para a população visando promoção da saúde e prevenção das referidas doenças; 6. avaliar continuamente a qualidade do cuidado em diabetes e hipertensão na atenção primária; 7. estimular a formulação de soluções através da colaboração dos profissionais das equipes de saúde locais, com elaboração de modelos para a gestão do cuidado para a prevenção e controle de hipertensão e diabetes com base no Modelo de Cuidados de Doenças Crônicas (MCC); 8. integrar as ações de APS com os demais níveis do Sistema, mediante as linhas de cuidado. 		

Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

Pontuação:

0 - Não realiza monitoramento do plano de cuidado regular para paciente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

1-5 - A equipe realiza monitoramento do plano de cuidado para pelo menos uma das comorbidades supracitadas de forma precária.

6-9 - A equipe realiza monitoramento do plano de cuidado regular para apenas uma das comorbidades supracitadas de forma eficaz.

10 - A equipe realiza monitoramento do plano de cuidado regular para paciente com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

- () Plano de Cuidado.
- () Autocuidado.
- () Educação Permanente.

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

N° 10	A equipe da UBS recebe informações por escrito sobre os cuidados especializados que os usuários receberam, bem como orientações para garantir a continuidade do cuidado pela APS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O sumário de alta registra os principais procedimentos realizados durante o cuidado especializado. Deve conter informações claras e precisas como: evolução clínica, procedimentos assistenciais, intervenções clínicas e diagnósticas, condutas adotadas e iniciadas para seguimento e garantia de sua segurança e continuidade do tratamento.</p>		

*DE ALTA, S. Modelo de Informação. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2017/arquivos/SumarioAltaConsultaPublica.pdf>>.*

Pontuação:

10- A equipe da UBS recebe informações dos atendimentos especializados e promove a continuidade do cuidado pela APS.

6-9 - A equipe da UBS recebe informações de parte dos usuários, mas não promove a continuidade do cuidado pela APS.

1-5 - A equipe da UBS recebe informações incompletas.

0- A equipe da UBS não recebe informações dos atendimentos especializados.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

() Fluxo de encaminhamento entre os serviços.

() Comunicação da Rede.

() Interesse do usuário.

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Nº 11	A equipe faz referência ao serviço especializado da Rede de Atenção à Saúde municipal, de maneira a garantir o compartilhamento do cuidado ao paciente com Diabetes e Hipertensão.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-------	--	---------------------------

Parágrafo único. Além do disposto no art. 21, compete Atenção Especializada:

I - Atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;

II - Prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

III - Prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;

IV - Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

V - Orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e

VI - Encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014

Pontuação:

0 - As equipes não cumprem nenhuma das atribuições supracitadas.

1-5 - As equipes cumprem de 1 a 2 atribuições supracitadas.

6-9 - As equipes cumprem de 3 a 5 atribuições supracitadas

10 - As equipes cumprem todas as atribuições supracitadas

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

() Falta de orientação para os usuários.

Fluxo de encaminhamento entre os serviços.

Falta de recursos nas instalações de trabalho.