



MEDICINA

Ana Clara Fonseca Souza de Jesus
Luiza Souto Borges Baêta
Pedro Moraes Coelho
Rafael Máximo de Barros Canoza

Gestão e Planejamento - Saúde da Mulher

Atividade desenvolvida como requisito parcial à conclusão da Disciplina de Internato em Saúde Coletiva. Orientadores: Breno Aparecido da Costa;
Pablison Viveiros Otoni;
Endy Puff Mendes do Valle Lippi.

Belo Horizonte
2023
SUMÁRIO

1. Introdução	2
2. Objetivo Geral	2
3. Objetivos Especificos	2
3.1. Apoio Diagnóstico	2
3.2. Atenção Domiciliar	3
3.3. Assistência Farmacêutica	3
3.4. Visita Domiciliar	4
3.5. Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada..	4
4. Metodologia	4
5. Desenvolvimento	5
5.1. Apoio Diagnóstico;	5
5.2. Atenção Domiciliar;	6
5.3. Assistência Farmacêutica;	8
5.4. Visita Domiciliar;.....	9
5.5. Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada	
.....	10
6. Conclusão	13
7. Referências	14
8. Anexo	17

1. Introdução

No cenário da saúde em Lagoa Santa-MG, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como uma poderosa ferramenta para redefinir a abordagem da atenção básica à saúde. Em aliança com os acadêmicos de medicina do 11º período da FAMINAS-BH e o Comitê Técnico de Gestão do município, a criação de uma matriz de monitoramento e avaliação da atenção à saúde das mulheres se destaca como uma estratégia crucial. Este instrumento visa não apenas otimizar o atendimento e assistência à população feminina, mas também aprimorar os indicadores assistenciais que moldam o cuidado com a saúde da mulher. Este artigo explora as principais medidas para implementar políticas públicas voltadas para as mulheres, promovendo a integração das redes de assistência, capacitando profissionais e aprimorando a qualidade de vida das residentes de Lagoa Santa-MG, com o firme propósito de alcançar equidade no acesso às políticas públicas e elevar os padrões de cuidados de saúde para esse grupo específico.

2. Objetivo Geral

Apresentar matriz de monitoramento e avaliação qualitativa das ações de atenção à saúde de profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher, pelos serviços de saúde da APS do município de Lagoa Santa-MG, bem como da articulação e planejamento das ações de saúde voltada pra saúde da mulher realizada por cada Equipe de Saúde da Família em seu território.

3. Objetivo Específico

3.1 Apoio Diagnóstico

- Avaliar a acessibilidade e a disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico relacionados à saúde da mulher, colhendo feedbacks sobre a comunicação e a compreensão das informações fornecidas durante os procedimentos, bem como monitorando a eficácia das estratégias de prevenção e diagnóstico.
- Verificar se a integralidade, entre a equipe e a regulação, garante o acesso, o conhecimento e a utilização rotineira dos testes rápidos para HIV e Sífilis (inclusive de parceiros), bem como dos protocolos de exames laboratoriais,

viabilizando que os exames de rastreio sejam realizados na idade preconizada.

3.2 Atenção Domiciliar

- Avaliar o monitoramento contínuo, a mobilidade e a acessibilidade da atenção domiciliar em vista de propiciar um atendimento abrangente e personalizado, levando em consideração as necessidades individuais das mulheres, bem como promovendo sua saúde e bem-estar.
- Verificar se na unidade, há um sistema de cadastro e acompanhamento regular de mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves, com visitas regulares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e atendimento prestado pela equipe, estabelecendo um plano de cuidados para as mulheres com condições de saúde complexas ou muito complexas.

3.3 Assistência Farmacêutica

- Verificar se a equipe de saúde conhece os protocolos de medicamentos e os utiliza rotineiramente no atendimento às mulheres, incluindo a prescrição adequada de medicamentos, a orientação clara aos usuários sobre o uso correto dos medicamentos e a vigilância ativa de possíveis efeitos adversos,
- Verificar se há um sistema de monitoramento de efeitos adversos e se as notificações são feitas de acordo com as normas estabelecidas.
- Certificar-se de que a equipe de saúde tenha fácil acesso à Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) atualizada e está ciente dos medicamentos que estão disponíveis para prescrição às mulheres, além de avaliar se as prescrições de medicamentos estão alinhadas com a realidade da população atendida e se os medicamentos são prescritos de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo município.
- Verificar se a dispensação de medicamentos relacionados à saúde da mulher é realizada na própria Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou em

uma unidade próxima da Rede Farmácia de Minas, conforme as políticas locais.

3.4 Visita domiciliar.

- Avaliar se as visitas domiciliares são agendadas de forma regular, seguindo uma periodicidade determinada com base na avaliação do nível de risco da família ao utilizar a escala de risco familiar de COELHO-SAVASSI.
- Verificar se a ESF assegura a realização de visitas domiciliares de forma organizada e eficiente, contando com roteiros detalhados ou checklists que auxiliam no registro, para prestar assistência e acompanhamento às mulheres que possuam limitações funcionais ou incapacidade grave por parte da equipe de atendimento.

3.5 Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada

- Promover uma colaboração mais estreita e eficiente entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada, visando melhorar a coordenação do atendimento ao paciente, garantir que os pacientes recebam o cuidado mais apropriado no momento certo e reduzir a fragmentação dos serviços de saúde.

4. Metodologia

A metodologia empregada para a realização deste estudo consistiu em uma série de etapas cuidadosamente planejadas:

Diálogo com os Orientadores: Inicialmente, foram realizadas reuniões com os orientadores do projeto, com o propósito de esclarecer a relevância dos principais aspectos a serem avaliados nos macroprocessos voltados para a assistência à Saúde da Mulher na Atenção Básica de Lagoa Santa-MG. Essas discussões proporcionaram uma base sólida para a condução do estudo. Desenvolvimento do Questionário: Com base nas orientações recebidas dos orientadores e com a devida consideração à legislação em vigor nos âmbitos do Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), foi

elaborado um questionário específico. Esse instrumento de coleta de dados será posteriormente aplicado pela equipe de gestão da SEMSA de Lagoa Santa aos profissionais das Equipes de Saúde da Família do município. Referências Consultadas: Para fundamentar o desenvolvimento do questionário e embasar as análises subsequentes, foram utilizadas diversas fontes de referência. Estas incluíram Protocolos Assistenciais na Atenção Básica da Saúde da Mulher, leis regulamentares relacionadas aos artigos da Constituição Federal de 1988 que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas respectivas atribuições. Também foram consultados programas do Ministério da Saúde e documentos oficiais disponíveis nos sites governamentais do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Lagoa Santa. Essas referências desempenharam um papel fundamental na construção de um questionário sólido e na análise dos resultados obtidos ao longo do estudo.

Essa abordagem metodológica foi adotada com o objetivo de conduzir uma pesquisa rigorosa e embasada, visando a contribuir efetivamente para a melhoria da assistência à saúde da mulher em Lagoa Santa-MG.

5. Desenvolvimento

5.1. Apoio Diagnóstico

A equipe multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS) deve promover ações direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, voltadas para a integralidade da saúde da mulher. No contexto de Lagoa Santa, são disponibilizadas 23 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), que desempenham um papel fundamental no fornecimento de cuidados integrais e contínuos para toda a população (PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA-MG, 2022).

Logo, os profissionais precisam realizar uma maior flexibilização no atendimento das mulheres, para que essas ao procurarem uma UBS de referência para consulta, realização de exame citopatológico e agendamento da mamografia de rastreamento, sejam assistidas conforme demanda espontânea na idade preconizada (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE - MG, 2022).

Sendo assim, a coleta de citopatológico para rastreio poderá ser realizada por técnicos em enfermagem devidamente treinados, em localidades onde seja

necessário, visando ampliar o acesso da população-alvo ao exame. Além disso, preconiza-se, por meio de ações de vigilância em saúde, a realização de busca ativa de mulheres dentro da população-alvo e com exame em atraso. Bem como, educação em saúde, garantindo orientação individual e coletiva às mulheres sobre o objetivo do exame, sua importância, à periodicidade e recomendações do exame (BRASIL, 2016).

Testes rápidos imunocromatográficos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial. Os testes rápidos são, primariamente, recomendados para testagens presenciais. Podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e/ou plasma. Conforme os manuais técnicos de diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis qualquer pessoa capacitada, presencialmente ou a distância, pode realizar os testes rápidos. O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) fornece gratuitamente, capacitação a distância (Ministério da Saúde, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência nacional de HIV na população feminina entre 15 a 49 anos é de 0,38% mulheres vivendo com HIV/AIDS. Logo, é de fundamental importância atentar-se para a saúde da mulher, mediante rastreamentos. Sendo assim, são critérios e/ou parâmetros propostos no âmbito do Sistema Único de Saúde: 01 exame de mamografia/caso/ano para mulheres acima de 40 anos; 02 exames colpocitológicos (preventivo do câncer de colo uterino)/caso/ano. Na presença de alterações patológicas pré-cancerosas, seguir normas técnicas preconizadas. 01 exame de Toque retal/caso/ano; 01 exame citológico anal/caso/ano para todas as mulheres sexualmente ativas; 01 exame de anoscopia para presença de alterações patológicas quando for o caso; 02 exames para dosar alfa- fetoproteína e transaminases/caso/ano; 02 exames de ultrassom/caso/ano (BRASIL, 2015).

5.2. Atenção Domiciliar

A Lei nº 8.080/1990 estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei estabelece a necessidade de ações de prevenção,

promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção às pessoas com deficiência. Assim como a Lei nº 8.142/1990, que define a participação da comunidade na gestão do SUS e cria as instâncias de controle social. Isso contribui para a integração da comunidade no acompanhamento de pacientes com limitações funcionais (Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990).

Ademais, instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, parte da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades (Ministério da Saúde, 2022).

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do SUS que tem como objetivo principal promover a saúde da população por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O programa envolve o trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) e equipes multiprofissionais que realizam visitas domiciliares e acompanham a saúde da população, incluindo pessoas com limitações funcionais. As equipes são compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal. O PSF é considerado prioritário para a consolidação e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (Ministério da Saúde, 2017).

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia da paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade da paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando a paciente precisa ser visitada com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de atenção

domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa (Ministério da Saúde).

A Atenção Domiciliar proporciona a paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. As pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidas pelo Melhor em Casa (Ministério da Saúde).

O atendimento e a internação domiciliar estão estabelecidos no SUS, incluindo, principalmente, os atendimentos e procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral das pacientes no domicílio. Os profissionais trabalham na perspectiva multidisciplinar, nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância da paciente e de sua família. Logo, a integralidade é alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia. Na PNAB a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990; BRASIL, 2017).

5.3. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica, inserida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde da população. A gestão adequada dessa área é essencial para garantir o acesso a medicamentos de qualidade, o uso racional dos fármacos e a eficácia dos tratamentos. (Ministério da Saúde, 2022).

A gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS é uma tarefa complexa que envolve diversos aspectos. é fundamental compreender que essa assistência

vai muito além da mera distribuição de medicamentos. Ela abrange a aquisição, armazenamento, distribuição, controle de estoque, orientação ao paciente e monitoramento dos resultados terapêuticos. Portanto, uma gestão eficiente deve considerar todos esses aspectos de forma integrada.

Um dos principais desafios enfrentados nesse cenário é a alocação de recursos. A Assistência Farmacêutica demanda um investimento significativo, e é essencial garantir que os recursos sejam aplicados de forma eficaz, evitando desperdícios e garantindo que os medicamentos necessários estejam sempre disponíveis para a população. Isso requer um planejamento cuidadoso e uma gestão financeira responsável.

Além disso, a gestão da Assistência Farmacêutica deve ser pautada pela transparência e pela ética. É importante evitar práticas como a compra de medicamentos de baixa qualidade ou a super utilização de determinados fármacos por motivos políticos ou econômicos. A ética na gestão dos recursos públicos é fundamental para garantir que a população receba o melhor atendimento possível.

Por fim, vale ressaltar que a gestão eficiente na Assistência Farmacêutica do SUS desempenha um papel crucial na promoção da saúde pública. Ela envolve o planejamento cuidadoso dos recursos, a ética na utilização dos recursos públicos, a integração de todos os aspectos da assistência farmacêutica e a educação da população. Superar os desafios nessa área é fundamental para garantir que todos os cidadãos tenham acesso a medicamentos de qualidade e para melhorar os resultados terapêuticos.

5.4. Visita Domiciliar

A Visita Domiciliar (VD) nasceu com a intenção de privilegiar a prevenção de agravos e a busca ativa da população pelos serviços de atenção primária. No entanto, a atenção primária não é meramente preventiva. Sendo assim, sua atuação por meio da VD deve ser abrangente, desde a promoção à saúde até a recuperação do indivíduo. Por causa da necessidade dessa atuação abrangente, a ESF encontra-se atualmente sobrecarregada em nosso país, uma vez que precisa cobrir uma população que excede os parâmetros internacionais de cobertura para cada

equipe. Tendo em vista o princípio da "equidade" do Sistema Único de Saúde (SUS), que revela a preocupação de se tratar "desigualmente os desiguais", é imprescindível a utilização de um método que diferencie as famílias, na intenção de privilegiar aquelas que possuem maior urgência dos cuidados propiciados pela VD, sem esquecer aquelas que também integram o território de atuação da ESF, mas que possuem menor urgência (Ministério da Saúde, 2000).

A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI, baseada na interpretação da Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), foi construída com o propósito de fazer tal diferenciação das famílias, priorizando aquelas que mais necessitam da VD, facilitando e potencializando a atuação da ESF na comunidade domiciliar. É um instrumento de estratificação do risco familiar, que tem sido amplamente utilizado para atender a necessidade de se estabelecer prioridade na VD de equipes com grande número de usuários (Coelho FLG, Lage JL, Savassi, LCM, 2012).

A escala é aplicada às famílias adscritas a uma ESF, visando determinar seu risco social e de saúde, de modo a refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Para isso, utiliza dados presentes na Ficha A do SIAB e outros identificados na rotina diária da ESF. Tais dados foram chamados de Sentinelas de Risco. As Sentinelas de Risco foram selecionadas devido à sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. Para cada Sentinela de Risco se estabeleceu uma pontuação, denominada Escore de Risco. A partir da soma dos Escores de Risco de cada família, pode-se classificar a família em três categorias de risco: menor, médio e máximo. A classificação da família conforme o risco familiar em risco menor (R1), médio (R2) ou máximo (R3), permite uma visão panorâmica do risco familiar no território coberto pela ESF. Assim, a ESF pode direcionar seus esforços físicos, intelectuais e econômicos, especialmente por meio da realização das visitas domiciliares, para as famílias em risco máximo, depois para aquelas em risco médio, sem se esquecer das famílias de menor risco, otimizando o cuidado em nível de atenção primária, sempre defendendo os princípios da integralidade e da equidade na prática diária (Coelho FLG, Savassi LCM, 2004).

A visita domiciliar (VD) é uma das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a família deve ser vista como uma unidade de cuidado singular, pois constitui um núcleo essencial na manutenção da saúde de todos os seus

membros. A ESF preconiza a VD às famílias (indivíduo a ser atendido, familiares e comunidade), e a prática tem sido apontada como uma tecnologia de operacionalização relevante na assistência à saúde, possibilitando integralidade, humanização do cuidado e uma forte interação entre profissional, usuário e família. Por meio da VD, é possível conhecer o ambiente familiar, as reais condições de vida, habitação, higiene, alimentação, meio ambiente, hábitos e rotinas do indivíduo. A visita domiciliar é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território (Maria José Cabral Grillo, 2013; MÖLLENDORFF, Rossana, 2012).

A organização das visitas domiciliares pode ser feita de acordo com a necessidade de cada paciente ou grupo de pacientes. É importante otimizar as visitas domiciliares, trabalhando com prevenção de comorbidades. Deve compreender, ainda, ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente. Além disso, é recomendado integrar a equipe de visita domiciliar com outros profissionais de saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) conforme a necessidade de cada paciente (Maria José Cabral Grillo, 2013; MÖLLENDORFF, Rossana, 2012).

A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Para isso, é necessário obter preliminarmente dados como, por exemplo, quantas pessoas estão acamadas, restritas ao domicílio, com situações específicas que impedem/ dificultam seu atendimento na unidade de saúde ou, ainda, aquelas para as quais o atendimento domiciliar seja a abordagem mais oportuna. Por isso, tanto quanto a utilização de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada, é importante o entendimento do contexto mais amplo de vida do usuário, ou seja, um olhar biopsicossocial (Ministério da Saúde 2017; Ministério da Saúde 2020).

5.5. Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada

O Ministério da Saúde do Brasil conforme a portaria de número: 2.436 de 22 de setembro de 2017, a promoção e incentivo à integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) como uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade da assistência médica, garantir uma atenção integral ao paciente e promover uma transição suave entre os diferentes níveis de cuidado. A integração entre essas duas esferas da saúde é vista como uma abordagem essencial para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Alguns aspectos relevantes que o Ministério da Saúde destaca sobre a integração entre APS e AAE são:

- **Coordenação de Cuidados:** O Ministério enfatiza a importância da coordenação eficaz de cuidados entre a APS e a AAE. Isso implica na criação de mecanismos para que as informações e orientações sobre o cuidado do paciente fluam de maneira eficiente entre esses dois níveis de atendimento.
- **Atenção Integral:** A integração visa garantir que os pacientes recebam atenção integral, ou seja, que suas necessidades médicas sejam abordadas de maneira abrangente e holística. Isso inclui o cuidado não apenas para condições agudas, mas também para condições crônicas e a promoção da saúde em geral.
- **Compartilhamento de Informações:** O compartilhamento adequado de informações sobre o histórico de saúde dos pacientes, diagnósticos, resultados de exames e orientações médicas é fundamental para a integração bem-sucedida. Isso permite que os profissionais de saúde de ambos os níveis de atendimento tomem decisões informadas.
- **Continuidade do Cuidado:** Garantir que os pacientes tenham uma transição suave entre a APS e a AAE é uma prioridade. Isso inclui o acompanhamento adequado após o atendimento na AAE, com consultas de seguimento agendadas na APS de acordo com as orientações médicas.

- **Protocolos e Diretrizes:** O Ministério da Saúde desenvolve protocolos e diretrizes para orientar os profissionais de saúde na coordenação de cuidados. Isso ajuda a padronizar os procedimentos e garantir a qualidade da assistência.
- **Educação Continuada:** Promover a educação continuada dos profissionais de saúde é fundamental para que eles compreendam a importância da integração e estejam atualizados quanto às melhores práticas.
- **Participação do Paciente:** Envolver o paciente na gestão de sua própria saúde e na tomada de decisões é uma parte essencial da integração. Isso inclui o fornecimento de informações claras e a promoção do autocuidado.
- **Aprimoramento do Sistema:** O Ministério da Saúde reconhece que a integração é um processo contínuo que exige avaliação e aprimoramento constante. A experiência do paciente e a eficiência do sistema de saúde são fatores-chave a serem considerados.

Ou seja, o Ministério da Saúde do Brasil enfatiza a integração entre a APS e a AAE como uma estratégia essencial para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, garantindo uma atenção completa e contínua aos pacientes. Isso é parte integrante dos esforços para fortalecer o sistema de saúde e promover uma assistência médica de qualidade para as mulheres. É importante, salientar que há fatores importantes com relação a saúde da mulher, sendo eles: saúde materna; saúde reprodutiva; Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Mama e Colo do Útero; Planejamento familiar; Atenção à Violência de Gênero; Saúde Mental; Prevenção e Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); Atenção à Menopausa e Saúde do Ciclo de Vida; Promoção da Saúde; Participação da Mulher na Gestão da Saúde.

6. Conclusão

A implementação da matriz de monitoramento e avaliação da atenção à saúde da mulher em Lagoa Santa, Minas Gerais, representa um avanço significativo na melhoria dos serviços de saúde para a população feminina.

Essa estratégia abrangente aborda aspectos cruciais, como apoio diagnóstico, atenção domiciliar, assistência farmacêutica e integração entre os níveis de atenção à saúde, visando fornecer cuidados abrangentes e personalizados. A integração entre os diferentes níveis de atenção promove uma transição suave e assegura que as pacientes recebam cuidados completos e coordenados. Este esforço demonstra o compromisso de Lagoa Santa com a promoção da equidade no acesso à saúde das mulheres, contribuindo significativamente para uma melhor qualidade de vida e bem-estar das residentes do município, servindo como um modelo inspirador para outras regiões em busca de aprimorar seus sistemas de atendimento à saúde feminina.

7. Referências

1. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>
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 set. 2023.
3. BRASIL. Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Brasília, DF, 28 de dez. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 18 set. 2023.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. Disponível em: <[Atenção Domiciliar — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)>. Acesso em: 18 set. 2023.
5. 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: 18 set. 2023.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 21 de set de 2023.

7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br) . Acesso em: 19 set. 2023.
8. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf >. Acesso em: 18 set. 2023.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de cuidado à pessoa com deficiência. Disponível em: < [Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br)/ >. Acesso em: 18 set. 2023.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Brasília-DF, agosto de 2000. Disponível em: [trabalho_agente_comunitario_saude.pdf](#). Acesso em: 20 de set. de 2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. Disponível em: <ParametrosSUS.pdf> Acesso em: 16 de set de 2023.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília-DF. 2020:98p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em: 21 de set de 2023.
13. Coelho FLG, Lage JL, Savassi, LCM. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, p. 179-185, 2012. Disponível em: [Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi | JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750](#). Acesso em: 20 de set. de 2023.
14. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.2, 2004. Disponível em: [Vista do Aplicação de](#)

[Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares \(rbmfc.org.br\)](http://rbmfc.org.br). Acesso em: 20 de set de 2023.

15. Maria José Cabral Grillo. **Visita Domiciliar**. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/223/mod_resource/content/1/VISITA%20DOMICILIAR.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

16. MINAS GERAIS (Estado). PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA. Mulher: É tempo de cuidar da saúde. Disponível em: < <https://www.lagoasanta.mg.gov.br/noticias/48-saude/9112-mulher-e-tempo-de-cuidar-da-saude> >. Acesso em: 18 set. 2023.

17. Ministério da saúde- **Saúde da Mulher**. Disponível em: file:///C:/Users/AnaCI/Downloads/politica_mulher.pdf

18. Ministério da saúde. **SAES**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes>

19. Ministério da Saúde. **Testes Rápidos**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>. Acesso em: 21 de set. de 2023.

20. MÖLLENDORFF, Rossana. **GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. 2012. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2012. Disponível em: [UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS \(ufmg.br\)](http://UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (ufmg.br)). Acesso em: 20 de set. de 2023.

21. O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

22. Prefeitura de Lagoa Santa: <https://www.lagoasanta.mg.gov.br/rede-de-atencao-a-saude>

23. Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. **Rede de Atenção à Saúde do SUS**. Disponível em: < <https://www.lagoasanta.mg.gov.br/prefeitura/39-prefeitura/saude?limit=5&start=0> >.

24. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde da Mulher, juntos pela prevenção**. Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher> >

25. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde da Mulher, juntos pela prevenção.** Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/sausedamulher> >.

26. Secretaria de Estado de Saúde. Saúde da Mulher, juntos pela prevenção. Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/sausedamulher> >.

27. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde da Mulher, juntos pela prevenção.** Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/sausedamulher> >.

28. SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE - MG. Saúde da Mulher - Juntos pela Prevenção. Disponível em: < <https://saude.mg.gov.br/sausedamulher> >. Acesso em: 18 ago. 2023.

29. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem: Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher na Atenção Primária. Disponível em: < <http://www.contagem.mg.gov.br/sms> >.

8. ANEXO

Formulário criado para realização da matriz de monitoramento e avaliação qualitativa das ações de atenção à saúde e de educação permanente de profissionais envolvidos na atenção à saúde da mulher.

Saúde da Mulher

Este formulário tem como objetivo avaliar a acessibilidade e a disponibilidade de serviços de **APOIO DIAGNÓSTICO** relacionados à saúde da mulher, colhendo feedbacks sobre a comunicação e a compreensão das informações fornecidas durante os procedimentos, bem como monitorando a eficácia das estratégias de prevenção e diagnóstico. Por favor, responda às perguntas abaixo indicando o nível de concordância com cada item, utilizando uma escala de TOTAL (sendo 10), PARCIAL (5), NENHUM (0).

Macroprocesso **APOIO DIAGNÓSTICO**

1	A equipe tem acesso, conhece e utiliza rotineiramente os testes rápidos para HIV e Sífilis (inclusive de parceiros).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Testes rápidos imunocromatográficos são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial. Os testes rápidos são, primariamente, recomendados para testagens presenciais. Podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital, ou com amostras de fluido oral. Dependendo do fabricante, podem também ser realizados com soro e/ou plasma. Conforme os manuais técnicos de diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis qualquer pessoa capacitada, presencialmente ou a distância, pode realizar os testes		

rápidos. O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) fornece gratuitamente, capacitação a distância.

Ministério da Saúde. **Testes Rápidos**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>. Acesso em: 21 set. 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A ESF é capacitada e atualizada na testagem rápida de HIV e sífilis, participa da Avaliação Externa da Qualidade em Testes Rápidos (AEQ-TR) e Segue corretamente os fluxogramas de diagnóstico vigentes e recomendados pelos manuais técnicos para o diagnóstico de cada agravo (HIV e sífilis);

6 - 9: A ESF é parcialmente capacitada e atualizada na testagem rápida de HIV e sífilis, participa da Avaliação Externa da Qualidade em Testes Rápidos (AEQ-TR) e Segue corretamente os fluxogramas de diagnóstico vigentes e recomendados pelos manuais técnicos para o diagnóstico de cada agravo (HIV e sífilis);

1 - 5: A ESF é parcialmente capacitada e atualizada na testagem rápida de HIV e sífilis, não participa da Avaliação Externa da Qualidade em Testes Rápidos (AEQ-TR) e segue parcialmente os fluxogramas de diagnóstico vigentes e recomendados pelos manuais técnicos para o diagnóstico de cada agravo (HIV e sífilis);

0: A ESF não é capacitada e atualizada na testagem rápida de HIV e sífilis, não participa da Avaliação Externa da Qualidade em Testes Rápidos (AEQ-TR) e não segue corretamente os fluxogramas de diagnóstico vigentes e recomendados pelos manuais técnicos para o diagnóstico de cada agravo (HIV e sífilis).

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

2	A equipe tem acesso, conhece e utiliza rotineiramente os protocolos de exames laboratoriais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

Segundo o Ministério da Saúde, a prevalência nacional de HIV na população feminina entre 15 a 49 anos é de 0,38% mulheres vivendo com HIV/AIDS. Logo, é de fundamental importância atentar-se para a saúde da mulher, mediante rastreamentos. Sendo assim, são critérios e/ou parâmetros propostos no âmbito do Sistema Único de Saúde: 01 exame de mamografia/caso/ano para mulheres acima de 40 anos; 02 exames colpocitológicos (preventivo do câncer de colo uterino)/caso/ano. Na presença de alterações patológicas pré-cancerosas, seguir normas técnicas preconizadas. 01 exame de Toque retal/caso/ano; 01 exame citológico anal/caso/ano para todas as mulheres sexualmente ativas; 01 exame de anoscopia para presença de alterações patológicas quando for o caso; 02 exames para dosar alfa- fetoproteína e transaminases/caso/ano; 02 exames de ultrassom/caso/ano.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1. Disponível em: <ParametrosSUS.pdf> Acesso em: 16 de set de 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe tem acesso, conhece e utiliza rotineiramente e em totalidade os critérios e parâmetros dos protocolos de exames laboratoriais propostos pelo Ministério da Saúde;

6 - 9: A equipe tem acesso, conhece e utiliza, ocasionalmente, em totalidade os critérios e parâmetros dos protocolos de exames laboratoriais propostos pelo Ministério da Saúde;

1 - 5: A equipe tem acesso, conhece e utiliza rotineiramente os protocolos de exames laboratoriais. Porém, os oferta parcialmente (01 exame de mamografia/caso/ano para mulheres acima de 40 anos; 01 exame colpocitológicos (preventivo do câncer de colo uterino)/caso/ano; 01 exame de Toque retal/caso/ano; 01 exame citológico anal/caso/ano para todas as mulheres sexualmente ativas; 01 exame de anoscopia para presença de alterações patológicas quando for o caso; 01 exame para dosar alfa- fetoproteína e transaminases/caso/ano; 01 exame de ultrassom/caso/ano;

0: A equipe não cumpre em nenhum critério o protocolo de oferta de serviços proposto pelo Ministério da Saúde.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

Este formulário tem como objetivo avaliar o monitoramento contínuo, a mobilidade e a acessibilidade da **ATENÇÃO DOMICILIAR** em vista de propiciar um atendimento abrangente e personalizado, levando em consideração as necessidades individuais das mulheres, bem como promovendo sua saúde e bem-estar. Por favor, responda às perguntas abaixo indicando o nível de concordância com cada item, utilizando uma escala de TOTAL (sendo 10), PARCIAL (5), NENHUM (0).

Macroprocesso ATENÇÃO DOMICILIAR

Nº do item	Microprocesso
	Pontuação
Padrão	
Inconformidade	

1	Na unidade, há um sistema de cadastro e acompanhamento regular de mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves, com visitas regulares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e atendimento prestado pela equipe.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A Lei nº 8.080/1990 estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei estabelece a necessidade de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo a atenção às pessoas com deficiência. Assim como a Lei nº 8.142/1990, que define a participação da comunidade na gestão do SUS e cria as instâncias de controle social. Isso contribui para a integração da comunidade no acompanhamento de pacientes com limitações funcionais. Ademais, instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017 (Origem: Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, parte da necessidade de ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades. O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do SUS que tem como objetivo principal promover a saúde da população por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. O programa envolve o trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) e equipes multiprofissionais que realizam visitas domiciliares e acompanham a saúde da população, incluindo pessoas com limitações funcionais.

As equipes são compostas por profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de saúde bucal. O PSF é considerado prioritário para a consolidação e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

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 18 set. 2023.

BRASIL. Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Presidência da República. Brasília, DF, 28 de dez. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em 18 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de cuidado à pessoa com deficiência. Disponível em: < [Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia) >. Acesso em: 18 set. 2023.

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: 18 set. 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A unidade possui cadastro atualizado e acompanhamento regular de mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves com visitas regulares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), garantindo atendimento prestado pela equipe;

6 - 9: A unidade possui cadastros desatualizados (antigos) e portanto, cobertura parcial dos ACS sobre as mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves, garantindo parcialmente o atendimento prestado pela equipe;

1 - 5: A unidade possui cadastro atualizado, mas sem acompanhamento regular de mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves, pois falta Agente Comunitário de Saúde (ACS) para realizar as visitas. Logo, não garante atendimento prestado pela equipe;

0: A unidade não possui cadastro e acompanhamento regular de mulheres com limitações funcionais ou incapacidades graves, inviabilizando o atendimento prestado pela equipe.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

2	Há monitorização do plano de cuidados e rotinas de visita para as mulheres com condições de saúde complexas ou muito complexas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A atenção domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia da paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade da paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando a paciente precisa ser visitada com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa. A Atenção Domiciliar proporciona a paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à

infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. As pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidas pelo Melhor em Casa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. Disponível em: < [Atenção Domiciliar — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](#)>. Acesso em: 18 set. 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe realiza atendimento domiciliar periódico a todas as mulheres cadastradas com condições de saúde complexas ou muito complexas cadastradas, garantindo que o plano de cuidados seja seguido adequadamente e que a usuária receba o tratamento necessário;

6 - 9: A equipe realiza atendimento domiciliar esporádico a todas as mulheres cadastradas de cuidados seja seguido adequadamente e que a usuária receba o tratamento necessário;

1 - 5: A equipe realiza atendimento domiciliar a parte das mulheres cadastradas com condições de saúde complexas ou muito complexas cadastradas, garantindo que o plano de cuidados seja seguido adequadamente e que a usuária receba o tratamento necessário;

0: A equipe não realiza atendimento domiciliar às mulheres com condições de saúde complexas ou muito complexas cadastrados.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

3	A equipe demonstra uma colaboração eficaz ao trabalhar de forma integrada com a equipe encarregada da assistência domiciliar a residentes em sua área de atuação, garantindo o melhor cuidado às usuárias.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

O atendimento e a internação domiciliar estão estabelecidos no SUS, incluindo, principalmente, os atendimentos e procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral das pacientes no domicílio. Os profissionais trabalham na perspectiva multidisciplinar, nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância da paciente e de sua família. Logo, a integralidade é alcançada quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população adscrita, preservando sua autonomia. Na PNAB (BRASIL, 2017) a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.

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 18 set. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#) . Acesso em: 19 set. 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe atua de maneira integrada com a equipe responsável pela internação domiciliar de mulheres residentes na sua área de abrangência, compartilhando planos de cuidados, prontuários, orientação ao Agente Comunitário de Saúde, orientação e treinamento do cuidador e matriciamento periódico da situação de saúde da paciente;

6 - 9: A equipe atua de maneira parcial com a equipe responsável pela internação domiciliar de mulheres residentes na sua área de abrangência, incluindo parte dos atendimentos e procedimentos médicos;

1 - 5: A equipe demonstra pouca colaboração ao tentar trabalhar de forma integrada com a equipe encarregada da assistência domiciliar a residentes em sua área de atuação, garantindo minimamente o cuidado às usuárias, somente realizado o encaminhamento ao serviço de atenção domiciliar;

0: A equipe não atua de maneira integrada com a equipe responsável pela internação domiciliar de mulheres residentes na sua área de abrangência.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

Este formulário tem como objetivo avaliar a qualidade da Assistência Farmacêutica, coletando feedback sobre a acessibilidade e disponibilidade dos serviços relacionados à dispensação de medicamentos e orientações sobre seu uso. Também buscamos avaliar a comunicação e a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais farmacêuticos, bem como monitorar a eficácia das estratégias de controle e promoção do uso seguro e adequado de medicamentos. Por favor, responda às perguntas abaixo indicando o nível de concordância com cada item, utilizando uma escala de TOTAL (sendo 10), PARCIAL (5), NENHUM (0).

Macroprocesso ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1	A equipe tem acesso, conhece e utiliza rotineiramente os protocolos de medicamentos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A assistência farmacêutica é uma vertente crítica da atenção à saúde das mulheres, e a gestão eficaz de medicamentos desempenha um papel fundamental nesse contexto. A base de uma assistência farmacêutica de qualidade reside no conhecimento profundo e na aplicação sistemática dos protocolos de medicamentos. Estes protocolos delineiam diretrizes rigorosas para a prescrição precisa, administração criteriosa e acompanhamento detalhado de medicamentos, garantindo que as intervenções terapêuticas sejam seguras, eficazes e alinhadas com as necessidades individuais das pacientes. O profundo entendimento e a aplicação consistente desses protocolos pela equipe de saúde contribuem para a promoção da saúde da mulher, assegurando que cada paciente receba tratamentos farmacológicos que atendam aos mais altos padrões de qualidade e segurança.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF, 2004.

Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS: Volume 7. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, [ano de publicação]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe de saúde possui pleno conhecimento dos protocolos de medicamentos e os utiliza rotineiramente no atendimento às mulheres. Isso inclui prescrição adequada, orientação clara sobre o uso correto, vigilância ativa de efeitos adversos e registro detalhado das prescrições.

6 - 9: A equipe utiliza os protocolos de medicamentos no atendimento, mas de forma esporádica, incluindo prescrições adequadas e registro das informações.

1 - 5: A equipe utiliza os protocolos de medicamentos apenas parcialmente no atendimento, com prescrições inconsistentes e registros limitados.

0: A equipe não utiliza os protocolos de medicamentos no atendimento.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

2	A equipe tem acesso e conhece a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A disponibilidade e acessibilidade de medicamentos são questões críticas na atenção à saúde das mulheres. Para garantir a eficácia dos tratamentos farmacológicos e o uso responsável dos recursos de saúde, é imperativo que a equipe de saúde tenha fácil acesso à Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), uma compilação atualizada e detalhada dos medicamentos disponíveis no âmbito municipal. A REMUME serve como um guia essencial para a prescrição adequada de medicamentos, ajudando os profissionais de saúde a escolherem terapias farmacológicas que estejam em conformidade com as diretrizes locais, sejam seguras e atendam às necessidades específicas das mulheres sob cuidados. A análise examinará a importância crítica desse acesso à REMUME e como ele desempenha um papel essencial na melhoria da qualidade dos serviços de assistência farmacêutica voltados para a saúde da mulher.

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) - 2023. Lagoa Santa.

Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS: Volume 7. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, [ano de publicação]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe de saúde tem fácil acesso à REMUME atualizada e utiliza-a para prescrição de medicamentos às mulheres, **devendo a mesma possuir fácil acesso para consulta e orientação..**

As prescrições estão alinhadas com as diretrizes locais e as necessidades da população atendida.

6 - 9: A equipe tem acesso à REMUME, mas nem sempre as prescrições estão totalmente alinhadas com as diretrizes locais e as necessidades da população.

1 - 5: A equipe possui acesso à REMUME, mas raramente a utiliza na prescrição de medicamentos, resultando em prescrições inadequadas.

0: A equipe não tem acesso ou não utiliza a REMUME na prescrição de medicamentos.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

3	A dispensação de medicamentos é realizada na própria UAPS ou em unidade próxima da Rede Farmácia de Minas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
<p>A acessibilidade e continuidade dos tratamentos farmacológicos são elementos fundamentais na promoção da saúde da mulher. A maneira pela qual os medicamentos são dispensados desempenha um papel central nesse contexto. Isso abrange a escolha criteriosa dos pontos de dispensação, a proximidade geográfica e a disponibilidade de horários adequados para atender às necessidades específicas das mulheres. Garantir que os medicamentos essenciais para a saúde da mulher estejam disponíveis em unidades de dispensação e que não haja interrupções no fornecimento é de vital importância. Esta análise aprofundará como a adequada dispensação de medicamentos, seja na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou em unidades próximas, desempenha um papel significativo na garantia de que as mulheres recebam os medicamentos de que precisam, quando precisam, contribuindo assim para a promoção de sua saúde e bem-estar de maneira eficaz e contínua.</p> <p>Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Saúde - Farmácia - Medicamentos. Farmácia - Onde e Como ter Acesso aos Medicamentos. Disponível em: https://www.lagoasanta.mg.gov.br/saude-medicamentos. Acesso em: [25/09/2023].</p> <p>Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS: Volume 7. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, [ano de publicação]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf</p>							
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p>Pontuação:</p> <p>10: A dispensação de medicamentos relacionados à saúde da mulher é realizada na própria Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou em unidades próximas da Rede Farmácia de Minas, conforme as políticas locais. Há acessibilidade, proximidade geográfica e horários adequados.</p> <p>6 - 9: A dispensação é feita nas unidades corretas, mas pode haver algumas questões relacionadas à acessibilidade, proximidade ou disponibilidade de horários.</p> <p>1 - 5: A dispensação de medicamentos nem sempre ocorre nas unidades adequadas, gerando problemas de acessibilidade, proximidade ou disponibilidade.</p> <p>0: A dispensação de medicamentos não segue as políticas locais, causando interrupções no fornecimento.</p>							
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	

Este formulário tem como objetivo avaliar o monitoramento contínuo, a mobilidade e a acessibilidade da **VISITA DOMICILIAR** em vista de propiciar um atendimento abrangente e personalizado, levando em consideração as necessidades individuais das mulheres, bem como promovendo sua saúde e bem-estar. Por favor, responda às perguntas abaixo indicando o nível de concordância com cada item, utilizando uma escala de TOTAL (sendo 10), PARCIAL (5), NENHUM (0).

Macroprocesso **VISITA DOMICILIAR**

N° do item	Microprocesso
	Pontuação
Padrão	
Inconformidade	

1	As visitas domiciliares são agendadas de forma regular, seguindo uma periodicidade determinada com base na avaliação do nível de risco da família.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
---	--	------------------------

A Visita Domiciliar (VD) nasceu com a intenção de privilegiar a prevenção de agravos e a busca ativa da população pelos serviços de atenção primária. No entanto, a atenção primária não é meramente preventiva. Sendo assim, sua atuação por meio da VD deve ser abrangente, desde a promoção à saúde até a recuperação do indivíduo. Por causa da necessidade dessa atuação abrangente, a ESF encontra-se atualmente sobrecarregada em nosso país, uma vez que precisa cobrir uma população que excede os parâmetros internacionais de cobertura para cada equipe. Tendo em vista o princípio da "equidade" do Sistema Único de Saúde (SUS), que revela a preocupação de se tratar "desigualmente os desiguais", é imprescindível a utilização de um método que diferencie as famílias, na intenção de privilegiar aquelas que possuem maior urgência dos cuidados propiciados pela VD, sem esquecer aquelas que também integram o território de atuação da ESF, mas que possuem menor urgência. A Escala de Risco Familiar de COELHO-SAVASSI, baseada na interpretação da Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), foi construída com o propósito de fazer tal diferenciação das famílias, priorizando aquelas que mais necessitam da VD, facilitando e potencializando a atuação da ESF na comunidade domiciliar. É um instrumento de estratificação do risco familiar, que tem sido amplamente utilizado para atender a necessidade de se estabelecer prioridade na VD de equipes com grande número de usuários. A escala é aplicada às famílias adscritas a uma ESF, visando determinar seu risco social e de saúde, de modo a refletir o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Para isso, utiliza dados presentes na Ficha A do SIAB e outros identificados na rotina diária da ESF. Tais dados foram chamados de Sentinelas de Risco. As Sentinelas de Risco foram selecionadas devido à sua relevância epidemiológica, sanitária e pelo potencial de impacto na dinâmica familiar. Para cada Sentinela de Risco se estabeleceu uma pontuação, denominada Escore de Risco. A partir da soma dos Escores de Risco de cada família, pode-se classificar a família em três categorias de risco: menor, médio e máximo. A classificação da família conforme o risco familiar em risco menor (R1), médio (R2) ou máximo (R3), permite uma visão panorâmica do risco familiar no território coberto pela ESF. Assim, a ESF pode direcionar seus esforços físicos, intelectuais e econômicos, especialmente por meio da realização das visitas domiciliares, para as famílias em risco máximo, depois para aquelas em risco médio, sem se esquecer das famílias de menor risco, otimizando o cuidado em nível de atenção primária, sempre defendendo os princípios da integralidade e da equidade na prática diária.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.1, n.2, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Brasília-DF, agosto de 2000.

Coelho FLG, Lage JL, Savassi, LCM. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. Journal of Management and Primary Health Care, v. 3, p. 179-185, 2012.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

<p>10: A ESF é efetiva na organização da demanda das visitas domiciliares ao utilizar a escala de risco familiar de COELHO-SAVASSI, possibilitando uma percepção mais sensível e objetiva do risco das famílias avaliadas;</p> <p>6 - 9: Os membros da ESF não são familiarizados com o correto preenchimento da Ficha A do SIAB, ocasionando problemas na identificação e transcrição de cada item pesquisado;</p> <p>1 - 5: A escala se baseia no cadastramento das famílias pela Ficha A do SIAB realizado pelo ACS, porém sem posterior categorização e quantificação dos dados, inviabilizando as Sentinelas de Risco e os Escores de Risco;</p> <p>0: A ESF não organiza a demanda das visitas domiciliares.</p>							
Médicos		Enfermeiros		Téc. Enfermagem		ACS	

2	As visitas domiciliares são conduzidas de forma organizada e eficiente, contando com roteiros detalhados ou checklists que auxiliam no registro, acompanhamento e monitoramento das situações mais comuns.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

A visita domiciliar (VD) é uma das diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a família deve ser vista como uma unidade de cuidado singular, pois constitui um núcleo essencial na manutenção da saúde de todos os seus membros. A ESF preconiza a VD às famílias (indivíduo a ser atendido, familiares e comunidade), e a prática tem sido apontada como uma tecnologia de operacionalização relevante na assistência à saúde, possibilitando integralidade, humanização do cuidado e uma forte interação entre profissional, usuário e família. Por meio da VD, é possível conhecer o ambiente familiar, as reais condições de vida, habitação, higiene, alimentação, meio ambiente, hábitos e rotinas do indivíduo. A visita domiciliar é um instrumento essencial para que a equipe conheça a realidade das famílias sob sua responsabilidade, identifique as situações de risco às quais a população está exposta e conheça os problemas de saúde prevalentes em um território. A organização das visitas domiciliares pode ser feita de acordo com a necessidade de cada paciente ou grupo de pacientes. É importante otimizar as visitas domiciliares, trabalhando com prevenção de comorbidades. Deve compreender, ainda, ações sistematizadas que considerem o antes e o depois da visita, a partir de um plano de ação consistente. Além disso, é recomendado integrar a equipe de visita domiciliar com outros profissionais de saúde, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) conforme a necessidade de cada paciente.

MÖLLENDORFF, Rossana. **GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. 2012. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2012.

Maria José Cabral Grillo. **Visita Domiciliar**. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/223/mod_resource/content/1/VISITA%20DOMICILIAR.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A ESF realiza planejamento (da etapa de diagnóstico à de avaliação), para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo, determinando uma ou mais visitas, realizadas por um ou mais profissionais conforme a necessidade, possuindo registro do planejamento das ações em atas de reuniões ou documentos similares;

6 - 9: A equipe realiza planejamento para que a visita seja utilizada realmente como um recurso estratégico de conformação de um modelo, mas o número de ACS não é suficiente para cobrir

100% da população cadastrada, não cumprindo com o máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família e no mínimo, uma visita por família por mês;

1 - 5: A equipe detém o número de ACS suficiente para acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, mas as visitas não são programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade. Logo, as famílias com maior necessidade não são visitadas mais vezes, em descumprimento com o requisito de no mínimo 1 (uma) visita/família/mês;

0: A ESF realiza a visita domiciliar aleatoriamente, para cumprimento de normas quantitativas, a visita passa a ser mais uma atividade a sobrecarregar os profissionais e, o que é pior, a invadir a privacidade das famílias, sem resolutividade (passa a ser um contrassenso).

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

3	É assegurada a realização de visitas domiciliares para prestar assistência e acompanhamento às mulheres que possuam limitações funcionais ou incapacidade grave por parte da equipe de atendimento.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Para isso, é necessário obter preliminarmente dados como, por exemplo, quantas pessoas estão acamadas, restritas ao domicílio, com situações específicas que impedem/ dificultam seu atendimento na unidade de saúde ou, ainda, aquelas para as quais o atendimento domiciliar seja a abordagem mais oportuna. Por isso, tanto quanto a utilização de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada, é importante o entendimento do contexto mais amplo de vida do usuário, ou seja, um olhar biopsicossocial.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017_comp.html Acesso em: 21 de set de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília-DF. 2020:98p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf Acesso em: 21 de set de 2023.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A equipe realiza planejamento e coleta de dados por meio de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada, possibilitando o entendimento do contexto mais amplo de vida da mulher, ou seja, um olhar biopsicossocial. Sendo assim, garante visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês;

6 - 9: A equipe realiza planejamento e coleta de dados sem a utilização de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada, apontando déficits no entendimento do contexto mais amplo de vida da mulher, ou seja, no olhar biopsicossocial;

1 - 5: A equipe não realiza planejamento, apenas coleta de dados por critérios próprios, sem a utilização de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou

doença associada, apontando déficits no entendimento do contexto mais amplo de vida da mulher, ou seja, no olhar biopsicossocial;

0: A equipe não realiza planejamento e coleta de dados por meio de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada. Logo, não garante visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

Este formulário tem como objetivo avaliar a **Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada** a partir da avaliação da comunicação e integralidade da equipe primária com as equipes assistenciais secundárias. Por favor, responda às perguntas abaixo indicando o nível de concordância com cada item, utilizando uma escala de TOTAL (sendo 10), PARCIAL (5), NENHUM (0).

Macroprocesso: **Integração entre atenção primária e atenção ambulatorial especializada**

N° do item	Microprocesso Pontuação
Padrão	
Inconformidade	

1	A equipe conhece a função assistencial da equipe especializada, que tem um caráter de inter consultoria para elaboração ou atualização do plano de cuidados e recuperação da capacidade funcional, e está ciente da sua responsabilidade na continuidade do cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
---	---	------------------------

A ESF deve ter conhecimento acerca da função, atuação, cuidados e capacidades das equipes especializadas à saúde da mulher. É importante compreender que suas funções variam conforme a atuação do setor em específico e formação complementar. Exemplos de atenção especializadas fornecidas pelo SUS à mulher são: médico especialista (como ginecologista, obstetra e mastologista), enfermeiro especializado, psicólogo clínico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, dentista, dentre outros. Portanto compreender a função diagnóstica, terapêutica e reabilitadora assim como a oferta e demanda desses setores é condição obrigatória para que haja qualidade no cuidado, assertividade e eficácia e assim contrarreferência para que a ESF consiga ter linearidade e responsabilidade integral pela mulher no cuidado à saúde.

Ministério da saúde- **Saúde da Mulher.** Disponível em: file:///C:/Users/AnaCl/Downloads/politica_mulher.pdf

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. **Rede de Atenção à Saúde do SUS.** Disponível em: < <https://www.lagoasanta.mg.gov.br/prefeitura/39-prefeitura/saude?limit=5&start=0> >.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

<i>Pontuação:</i>							
10: A ESF conhece a função da atenção ambulatorial especializada à mulher e tem a contrarreferência efetiva para continuar o cuidado longitudinal do paciente.							
6 - 9: A ESF conhece a função da atenção ambulatorial especializada à mulher, mas não tem a contrarreferência efetiva para continuar o cuidado longitudinal do paciente.							
1 - 5: Grande parte da ESF não conhece a função da atenção ambulatorial especializada à mulher e não tem a contrarreferência efetiva para continuar o cuidado longitudinal do paciente.							
0: A ESF desconhece o esquema de função da atenção especializada à mulher e por isso o sistema de referência e contrarreferência é ineficaz.							
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	

2	A equipe faz referência a um mesmo ambulatório de atenção especializada de maneira a garantir o compartilhamento do cuidado sempre com a mesma equipe especializada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

Os profissionais atuantes do sistema de atenção primária têm conhecimento acerca do fluxo de encaminhamento para centros de atenção especializada? Os Centros de Especialidades Médicas Multiprofissionais (CEMM) são responsáveis por oferecer consultas especializadas em diversas áreas, como: ginecologia. Os encaminhamentos para essas consultas são realizados pelas Equipes de Saúde da Família, quando necessário. Atualmente, Lagoa Santa disponibiliza dois CEMMs para os usuários do SUS (Várzea e Vila Maria). Por esse motivo a equipe de estratégia de saúde da família deve ter conhecimento acerca de qual o centro de referência daquela unidade para o encaminhamento ocorrer corretamente, assim a referência e contra referência serão realizadas de forma correta e eficaz.

Prefeitura de Lagoa Santa: <https://www.lagoasanta.mg.gov.br/rede-de-atencao-a-saude>

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A UBS tem conhecimento sobre os Centros de Especialidades Médicas Multiprofissionais (CEMM) e encaminha as pacientes com efetividade, além de receber o retorno dos profissionais para contra referenciar essas pacientes.

6 - 9: A UBS tem conhecimento dos Centros de Especialidades Médicas Multiprofissionais (CEMM) e encaminha as pacientes com efetividade; contudo, não recebe o retorno dos profissionais para contra referenciar essas pacientes.

1 - 5: Embora a UBS tenha conhecimento dos Centros de Especialidades Médicas Multiprofissionais (CEMM), não ocorre o encaminhamento das pacientes para o serviço especializado quando necessário.

0: A UBS não tem conhecimento sobre os Centros de Especialidades Médicas Multiprofissionais (CEMM) para referenciar as mulheres quando necessário.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

3	Os fluxos de encaminhamento para a AAE estão definidos, apropriados e pactuados e são de conhecimento de todos os profissionais da equipe.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

A equipe de estratégia de saúde da família tem conhecimento sobre os fluxos de encaminhamento para avaliação especializada sendo determinada conforme o grau de necessidade de atendimento e conforme fluxo local para que as consultas ginecológicas sejam efetivas, haja diagnóstico diferencial e eventual biópsia (se necessário) e para que o acompanhamento especializado a longo prazo seja eficaz e resolutivo.

A realização de rastreamento conforme indicação e coordenação do cuidado dos casos graves e/ou moderados que demandam de atenção especializada deve ser feito com integração a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde quando necessário e apoiando a família de forma integral

Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014, que altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html

Secretaria Municipal de Saúde de Contagem: **Protocolo Assistencial da Saúde da Mulher na Atenção Primária**. Disponível em: < <http://www.contagem.mg.gov.br/sms> >.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A ESF conhece o esquema de encaminhamento para atenção ambulatorial especializada à mulher e entende que a referência é baseada no nível de gravidade e necessidade do paciente.

6 - 9: A ESF conhece o esquema de encaminhamento para atenção ambulatorial especializada à mulher, mas não sabe utilizar o fluxo de referência baseado no nível de gravidade e necessidade do paciente,

1 - 5: Parte da ESF não conhece o esquema de encaminhamento para atenção ambulatorial especializada à mulher e não sabe utilizar o fluxo de referência baseado no nível de gravidade e necessidade do paciente.

0: Toda a ESF desconhece o esquema de encaminhamento para atenção especializada à mulher.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

4	A equipe compartilha as mesmas diretrizes clínicas para o cuidado à saúde junto aos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

A equipe deve seguir as mesmas orientações clínicas que a equipe especializada em atenção ambulatorial para cuidar da saúde dos usuários ou pacientes, mesmo quando os cuidados são prestados fora do hospital. Isso garante uma abordagem consistente e alinhada ao tratar os pacientes. Significa que, por exemplo, duas equipes, possivelmente de profissionais de saúde, estão alinhadas e seguem as mesmas orientações ou diretrizes clínicas quando se trata de cuidar da saúde dos usuários ou pacientes. Isso implica que ambas as equipes estão adotando um conjunto comum de procedimentos, guias de referência e contra-referência, práticas clínicas e abordagens de cuidados para garantir que os usuários recebam um tratamento consistente e de alta qualidade. Essa sincronia nas diretrizes clínicas ajuda a promover a uniformidade e a eficácia na prestação de serviços de saúde

Ministério da saúde. **SAES**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes>

Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde da Mulher, juntos pela prevenção**. Disponível em: <

<https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher> >.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A unidade de saúde demonstra um alto nível de conformidade, com forte evidência de compartilhamento de diretrizes clínicas.

6 - 9: A unidade de saúde está em conformidade, mas existem algumas áreas que precisam ser aprimoradas.

1 - 5: A unidade de saúde apresenta baixa conformidade, com várias áreas necessitando melhorias substanciais..

0: A unidade de saúde não demonstra nenhum esforço de compartilhar diretrizes clínicas com a equipe da AAE.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

5	A equipe utiliza o formulário de compartilhamento do cuidado pactuado com a AAE, contemplando informações as condições de saúde e sobre aspectos culturais e condições de vida do usuário para subsidiar a elaboração do plano de cuidado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	---	------------------------

As unidades de saúde devem estabelecer um sistema estruturado para coletar, compartilhar e utilizar informações detalhadas sobre os pacientes, incluindo informações sobre saúde, cultura e estilo de vida. Essas informações são fundamentais para a elaboração de planos de cuidado personalizados que atendam às necessidades específicas de cada paciente, promovendo, assim, uma assistência à saúde mais eficaz e centrada no paciente.

Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde da Mulher, juntos pela prevenção.** Disponível em: < <https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher> >.

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A unidade de saúde possui coleta e utiliza informações detalhadas para a elaboração de planos de cuidado personalizados.

6 - 9: A unidade de saúde está em conformidade, mas existem algumas áreas que precisam ser aprimoradas..

1 - 5: A unidade de saúde apresenta baixa conformidade, com várias áreas necessitando melhorias substanciais.

0: A unidade de saúde não demonstra nenhum esforço de coletar ou utilizar informações detalhadas para a elaboração de planos de cuidado personalizados.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

6	A equipe da prepara o atendimento na AAE, com a orientação adequada ao usuário, certificação do critério de alto risco, preenchimento adequado do formulário de compartilhamento do cuidado e ajuntamento dos resultados de exames, laudos e prescrições do último período.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
<p>As unidades de saúde devem implementar um processo estruturado para identificar pacientes de alto risco, orientá-los adequadamente, preencher os formulários de compartilhamento do cuidado de maneira precisa, coletar informações relevantes e garantir uma comunicação efetiva entre as equipes de cuidados primários e especializados. Isso assegura que os pacientes recebam uma transição suave entre os diferentes níveis de atendimento e que suas necessidades específicas sejam atendidas de forma eficaz.</p> <p>Secretaria de Estado de Saúde. Saúde da Mulher, juntos pela prevenção. Disponível em: < https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher >.</p> <p>O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf</p>						
<p>Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:</p> <p><i>Pontuação:</i></p> <p>10: A unidade de saúde inclui a identificação precisa de pacientes de alto risco, orientação adequada, preenchimento preciso dos formulários, coleta completa de informações relevantes e comunicação eficaz.</p> <p>6 - 9: A unidade de saúde está em conformidade, mas pode haver algumas áreas que precisam de aprimoramento, como a precisão no preenchimento de formulários ou na coleta de informações.</p> <p>1 - 5: A unidade de saúde apresenta baixa conformidade, com várias áreas que precisam de melhorias substanciais, incluindo identificação imprecisa de pacientes de alto risco, falta de orientação adequada, preenchimento inadequado de formulários, coleta insuficiente de informações relevantes ou comunicação deficiente.</p> <p>0: A unidade de saúde não demonstra esforços para implementar o processo estruturado para pacientes de alto risco.</p>						
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS

7	Quando os usuários retornam da AAE, a equipe da UAPS recebe informações escritas sobre o cuidado realizado pelos especialistas e orientações para a continuidade do cuidado pela APS.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>As unidades de saúde devem implementar um processo estruturado para garantir que as informações sobre o cuidado realizado pelos especialistas na AAE sejam compartilhadas de maneira eficiente e que as orientações para a continuidade do cuidado na UAPS sejam seguidas de forma adequada além de uma busca ativa do usuário para que o mesmo não perca continuidade de seu atendimento no sistema primário de atenção. Isso é fundamental para garantir uma transição suave e apropriada do cuidado do paciente entre os diferentes níveis de atendimento.</p> <p>Secretaria de Estado de Saúde. Saúde da Mulher, juntos pela prevenção. Disponível em: < https://www.saude.mg.gov.br/saudedamulher >.</p>		

Assinale o item que apresenta inconformidade ao padrão adequado:

Pontuação:

10: A unidade de saúde demonstra alto grau de conformidade, com evidências claras de implementação bem-sucedida do processo descrito. As informações são compartilhadas de maneira eficiente, e as orientações para a continuidade do cuidado são rigorosamente seguidas e além disso há uma busca ativa desses usuários para continuidade do cuidado.

6 - 9: A unidade de saúde está em conformidade, mas há áreas específicas que podem necessitar de aprimoramento, como a eficiência no compartilhamento de informações ou a adesão completa às orientações ou a busca ativa dos usuários.

1 - 5: A unidade de saúde apresenta baixa conformidade, com várias áreas que precisam de melhorias substanciais, como compartilhamento ineficiente de informações ou falta de adesão às orientações ou falta de continuidade na atenção primária.

0: A unidade de saúde não demonstra nenhum esforço para implementar o processo estruturado para a transição de cuidados entre a AAE e a UAPS.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

8	A equipe responde prontamente à solicitação da equipe especializada a respeito de documentação faltante, evitando a perda do atendimento e reagendamento futuro.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
----------	--	------------------------

A unidade de saúde deve possuir uma organização e estruturação a fim de garantir a continuidade do atendimento dentro da atenção. Listagens das documentações necessárias para a realização dos atendimentos e procedimentos em ambulatórios especializados assim como um fluxo bem definido a fim de se obter maior resolutividade e não sobrecarregar a rede de atenção.

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

10: A unidade possui uma lista de documentação específica para a especialidade da saúde da mulher, e segue o fluxo de atendimento dentro do serviço de saúde.

6 - 9: A equipe possui uma lista de documentação específica para a especialidade de saúde da mulher, e segue parcialmente o fluxo de atendimento dentro do serviço de saúde.

1 - 5: A equipe possui uma lista incompleta de documentação específica para a especialidade de saúde da mulher, e segue parcialmente o fluxo de atendimento dentro do serviço de saúde.

0: A equipe não possui uma lista de documentação específica para a especialidade de saúde da mulher e não segue o fluxo de atendimento dentro do serviço de saúde.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

9	A equipe monitora o comparecimento do usuário ao atendimento no AAE.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
<p>A rede de atenção especializada é constituída por unidades municipais e serviços contratados que estão vinculadas à Gerência de Rede Complementar da Secretaria Municipal de Saúde. Os serviços realizam consultas, exames e tratamentos especializados de pacientes encaminhados pelos Centros de Saúde. A marcação é sempre realizada através da Central de Marcação de Consultas. Após o agendamento, o paciente é comunicado da data, local e horário de atendimento através da Central de marcação ou pelo Centro de Saúde. O monitoramento do comparecimento do usuário é relevante para o bom funcionamento do sistema e para a melhora e resolutividade das questões de saúde do município.</p> <p><https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-secundaria></p>							
<p>10: A equipe possui uma Central de Marcação de Consultas com a informação disponibilizada para o paciente por meio de uma comunicação fácil, clara e efetiva, e registra em um sistema o diário de comparecimento no serviço de atendimento e possui sistema de feedback do usuário.</p> <p>6 - 9: A equipe possui uma Central de Marcação de Consultas com a informação disponibilizada para o paciente por meio de uma comunicação fácil, clara e efetiva, e registra em um sistema o diário de comparecimento no serviço de atendimento.</p> <p>1 - 5: A equipe possui uma Central de Marcação de Consultas com a informação disponibilizada para o paciente por meio de uma comunicação fácil, clara e efetiva, e registra em agenda o comparecimento do usuário.</p> <p>0: A equipe não possui qualquer estrutura para a marcação de consultas e não registra o comparecimento do usuário.</p>							
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	

10	A equipe realiza atendimento do usuário após a interconsulta pela equipe especializada, para apropriação do plano de cuidados e tomada de providências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A definição conjunta por generalistas e especialistas de critérios de referência e contrarreferência segunda a estratificação de risco e sua padronização por meio de protocolos clínicos com base em evidência. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.</p> <p>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.</p>		
<p>10: A contrarreferência é realizada em formulário próprio da instituição, e é preenchido pelo profissional de nível superior em todos os atendimentos.</p>		

<p>6 - 9: A contrarreferência é realizada em formulário próprio da instituição, é preenchido por profissional de nível superior na maioria dos atendimentos.</p> <p>1 - 5: A contrarreferência não é realizada em formulário próprio da instituição, e é realizado por profissional de nível superior na maioria dos atendimentos.</p> <p>0- Os sistemas de referência e contrarreferência ou inexistem ou são desorganizados.</p>						
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS

11	A equipe realiza monitoramento do plano de cuidados para cada usuário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
<p>Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Além disso, viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial.</p> <p>Fonte: Ministério da Saúde <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/></p>						
<p>10: A equipe possui um plano de monitoramento para cada usuário, que abrange informações sobre educação em saúde, saúde reprodutiva, prevenção e promoção, prevenção de violência de gênero, saúde mental, envelhecimento saudável e cuidados específicos.</p> <p>6 - 9: A equipe realiza o monitoramento para cada usuário, de acordo com o prontuário médico, sendo as informações sobre educação em saúde, saúde reprodutiva, prevenção e promoção, prevenção de violência de gênero, saúde mental, envelhecimento saudável e cuidados específicos, colhidos em atendimento de maneira não sistematizada.</p> <p>1 - 5: A equipe realiza parcialmente o monitoramento do plano de cuidados para cada usuário.</p> <p>0- Não é realizado nenhum tipo de plano de cuidados para os usuários.</p>						
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS

12	A equipe conhece e interage rotineiramente com a equipe de atenção especializada, utilizando de meios formais e informais de comunicação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------	---	------------------------

A comunicação entre atenção primária e atenção especializada por canais de fácil e rápido acesso é fundamental para que os princípios do sistema único de saúde sejam exercidos e que a RAS funcione em sua totalidade. A presença, disponibilidade e acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades é um dever do Estado e um direito dos usuários.

Ministério da Saúde
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais.>>

10: A equipe da atenção primária possui um sistema formal e informal de encaminhamento e comunicação com a equipe de saúde especializada.

6 - 9: A equipe da atenção primária possui um sistema formal de encaminhamento e comunicação com a equipe de saúde especializada, mas não possui acesso a meios informais para esclarecimento de dúvidas e discussões de casos.

1 - 5: A equipe possui um sistema formal e informal de comunicação com a equipe de saúde especializada, mas os recursos não são utilizados de forma correta.

0- Não existe comunicação formal ou informal entre as equipes de atenção primária e a equipe de atenção especializada.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

13	A equipe tem acesso pessoal direto, por meio eletrônico ou telefone, para agendamento das interconsultas com a AAE.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------	---	------------------------

O contato da equipe com a AAE para agendamento de interconsultas deve se dar de maneira fácil e acessível, por essa razão possuir meios eletrônicos ou telefone para a realização desse serviço é muito importante para garantir o acesso dos usuários aos atendimentos com especialista quando necessário.

Ministério da Saúde
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais.>>

10: São disponibilizados meios eletrônicos e/ou telefone para a realização da marcação de interconsultas com a AAE. Esses recursos funcionam e são de conhecimento de toda a equipe para a sua utilização.

6 - 9: São disponibilizados meios eletrônicos e/ou telefone para a realização da marcação de interconsultas com a AAE. Esses recursos funcionam parcialmente e são de conhecimento de toda a equipe para a sua utilização.

1 - 5: São disponibilizados meios eletrônicos e/ou telefone para a realização da marcação de interconsultas com a AAE. Esses recursos funcionam parcialmente e são de conhecimento de parte da equipe para a sua utilização.

0- Não são disponibilizados meios eletrônicos e/ou telefone para a realização da marcação de interconsultas com a AAE.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

14	A equipe discute e implementa estratégias para aprimorar a comunicação com a AAE e favorecer o trabalho integrado na rede.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----------	--	------------------------

A discussão e implementação de estratégias para aprimorar a comunicação com a AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) e favorecer o trabalho integrado na rede de saúde são passos cruciais na busca por uma assistência médica mais eficaz e centrada no paciente. Essas práticas oferecem uma série de benefícios significativos, tais como: a melhor coordenação de cuidados, redução dos erros médicos, acesso aos recursos adequados, uso eficiente dos recursos, melhoria na experiência do paciente e desenvolvimento profissional.

Ministério da Saúde

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS,outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais>

10: A equipe realiza reuniões periódicas com objetivos claros para medir o sucesso da implementação das estratégias de comunicação com a AAE e da promoção do trabalho integrado na rede de saúde.

6 - 9: A equipe realiza reuniões esporádicas com objetivos claros para medir o sucesso da implementação das estratégias de comunicação com a AAE e da promoção do trabalho integrado na rede de saúde.

1 - 5: A equipe interage, porém não se reúne para medir o sucesso da implementação das estratégias de comunicação com a AAE e da promoção do trabalho integrado na rede de saúde.

0- Não são realizadas quaisquer tipo de comunicação entre a equipe para medir o sucesso da implementação das estratégias de comunicação com a AAE e da promoção do trabalho integrado na rede de saúde.

Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
---------	--	------------	--	-----------------	--	-----	--

15	<p>O horário protegido na agenda dos profissionais da equipe é previamente definido e pactuado para a realização de espaços e atividades de compartilhamento de saberes entre a APS e a AAE, tais como: reuniões de matriciamento, supervisão clínica, capacitações conjuntas, entre outras.</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
<p>O "horário protegido" na agenda dos profissionais de saúde se refere a um período reservado e acordado previamente. Esse tempo é destinado a atividades de compartilhamento de conhecimento e colaboração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Essas atividades podem incluir reuniões para discutir casos, supervisionar a prática clínica e realizar treinamentos em conjunto. Essa abordagem visa fortalecer a cooperação e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.</p> <p>Ministério da Saúde ">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus#:~:text=Princ%C3%ADpios%20do%20SUS.outras%20caracter%C3%ADsticas%20sociais%20ou%20pessoais.></p>							
<p>10: O horário protegido na agenda é acordado previamente para garantir a participação ativa dos profissionais de ambas as áreas e as reuniões ocorrem com uma periodicidade pré estabelecida. 6 - 9: O horário protegido na agenda é acordado previamente para garantir a participação ativa dos profissionais de ambas as áreas, mas as reuniões não ocorrem com uma periodicidade pré estabelecida. 1 - 5: Os profissionais de ambas as áreas se reúnem conforme marcação, mas não existe um horário protegido na agenda para essa finalidade. 0- Não existe horário destinado para o compartilhamento de saberes entre os profissionais de ambas as áreas.</p>							
Médicos		Enfermeiro		Téc. Enfermagem		ACS	
