



MEDICINA

**BÁRBARA BICALHO DIAS
CÉSAR MUZZI PIRES LAGE
EDUARDA PINTO STORINO
LUÍSA BUSSINGER SILVA TORRES
LUIZA ANTUNES GÓIS**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE LAGOA
SANTA, COM ÊNFASE NA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PACIENTES
DIABÉTICOS E COM RISCO CARDIOVASCULAR, PARA ELABORAÇÃO DA
CARTEIRA MUNICIPAL DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Atividade desenvolvida como requisito parcial à conclusão da disciplina de Internato em Saúde Coletiva.

Orientadores: Breno Aparecido Costa;
Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Lagoa Santa

2023



INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo “diabetes mellitus” (DM) como um “transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina”. Cada vez mais prevalente na sociedade, essa afecção pode ser acompanhada e tratada através da Atenção Primária (AP), a fim de evitar hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde.

Seu diagnóstico, porém, geralmente ocorre quando o indivíduo já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária. Sendo assim, faz-se importante a formalização de fluxo assistencial para uma linha de cuidados na AP, desde a identificação dos fatores de risco em pacientes assintomáticos ao controle glicêmico de pacientes portadores da doença. Além disso, é importante a definição de quando os outros pontos de atenção, como secundária ou terciária, deverão intervir no cuidado, proporcionando a melhor assistência ao paciente.

As ações de saúde em DM consistem no controle da glicemia, a fim de, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde, sobretudo na Atenção Básica (AB).

A Hipertensão Arterial (HA) é definida, segundo a Diretriz Brasileira, como uma doença crônica não transmissível definida por níveis pressóricos iguais ou maiores que 140 por 90 mmHg, para medidas sistólicas e diastólicas, respectivamente, aferidos em pelo menos duas ocasiões diferentes, em que há benefícios do tratamento (farmacológico ou não farmacológico). É uma condição multifatorial, que varia de acordo com fatores genéticos, ambientais e sociais. Trata-se de uma condição silenciosa que, por ser, em maioria, assintomática em sua evolução, costuma apresentar alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo,

como coração, rins, cérebro e vasos, as quais podem ser descobertas tardiamente. Doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura são doenças correlacionadas principalmente a HA, no entanto é um fator de risco modificável.

O tratamento da doença é dividido em farmacológico e não farmacológico, e ambos são ofertados pelo SUS, além da abordagem de suas complicações. Portanto, tal patologia impacta com custos médicos e socioeconômicos altos no serviço de saúde, devido às consequências que a falta de prevenção, do tratamento e do manejo adequados desse paciente no sistema pode ocasionar.

Dessa forma, o presente artigo pretende identificar e abordar as necessidades das unidades básicas de saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários, pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão do município de Lagoa Santa, com ênfase nos pacientes portadores de DM, HAS e RCV.

OBJETIVO GERAL

Elaborar a Carteira Municipal de Serviços da APS de Lagoa Santa em consonância com a Carteira de Serviços da APS da atual Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um diagnóstico situacional de alguns dos itens constantes na Carteira de Serviços da APS do bloco de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso executados pelo município de Lagoa Santa.
- Emitir parecer sobre a real situação dos itens da Carteira de Serviços da APS do bloco de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso;
- Certificar se existe integração entres os serviços de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso e Atenção Primária em Saúde, com ênfase na abordagem de pacientes diabéticos e com risco cardiovascular.

METODOLOGIA

Esse estudo foi desenvolvido por acadêmicos do 11º período do curso de Medicina da Faculdade de Minas (FAMINAS/BH), de acordo com as diretrizes da

disciplina de Internato em Saúde Coletiva, sob a supervisão de servidores e preceptores da rede municipal de saúde do município de Lagoa Santa. Os acadêmicos ficaram responsáveis por estabelecer o diagnóstico situacional dos itens 48, 49, 50, 51, 52 e 96 da CaSAPS do Ministério da Saúde, sendo estes do bloco de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso, abordando pacientes com diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e risco cardiovascular (RCV).

Para fins de discussão acerca da problemática e contribuir para a realização deste diagnóstico situacional, foi realizada uma reunião entre os acadêmicos responsáveis, os preceptores e demais colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa (SEMSA), denominada Grupo Focal (GF). Os participantes foram convidados formalmente por meio de um convite impresso (Anexo A) enviado juntamente com a pauta de reunião (Anexo B). Os acadêmicos ficaram responsáveis pela condução da reunião, a partir de um guia de direcionamento (Anexo C), e foram abordados os itens relacionados aos serviços de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso executados na APS no município, com base na CaSAPS do Ministério da Saúde. O quadro 1 elenca os itens abordados pelo presente estudo.

Após a obtenção das informações elencadas no guia de direcionamento do GF, foi emitido um parecer circunstanciado (Anexo D) sobre a forma como os serviços de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso estão funcionando na APS, trazendo subsídios consistentes para a futura elaboração da CaSAPS município.

Quadro 1 - Itens da Carteira de Serviços da APS analisados pelo estudo.

Item	Descrição
48	Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
49	Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.
50	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).

51	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).
52	Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.
96	Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase.

Fonte: Adaptado pelos autores com base na Carteira de Serviços da Atenção Primária

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro item avaliado por esse estudo foi o rastreamento de diabetes mellitus tipo 2 em adultos assintomáticos. De acordo com a Caderneta de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o rastreamento está indicado em pessoas com idade acima de 45 anos ou com risco cardiovascular moderado, apresentando excesso de peso e um dos seguintes fatores de risco: história familiar de primeiro grau com diagnóstico de diabetes ou hipertensão arterial, história pregressa pessoal de diabetes gestacional ou recém nascido com peso acima de 4kg, dislipidemia, exames prévios demonstrando resistência aumentada à insulina, síndrome de ovários policísticos, doença cardiovascular e hábitos sedentários. O fluxo de atendimento sugerido pelo MS, após identificação dos fatores de risco em consulta com enfermeiro da eSF, é para pedido de exame da glicemia em jejum e atendimento médico para confirmação da suspeita diagnóstica. Após análise dos resultados, a Sociedade Brasileira de Diabetes estabelece que a frequência de exames para rastreamento em pacientes com resultados negativos, deve ser a cada 3 anos ou, para pacientes com exames que mostrem aumento da resistência à insulina, anualmente, conferindo o tempo para que falsos-negativos sejam novamente analisados pelo sistema, antes do desenvolvimento de complicações crônicas. Percebeu-se que na rede de atenção em saúde de Lagoa Santa não há uma padronização na APS em relação à busca ativa e rastreamento de pacientes assintomáticos para DM2. A baixa adesão desses usuários ao serviço de saúde é o grande dificultador dessa estratégia de rastreio, uma vez que estes não têm o hábito de realizar atendimentos com vista à prevenção de doenças, e o acesso à agenda

programada nas UBS para essas ações ainda é incipiente. As equipes de atenção à saúde têm o costume de realizar exames preconizados para rastreio de DM2 em população com outra condição de saúde já pré-existente, contudo, foi constatado que alguns integrantes da estratégia de saúde da família realizam esse rastreio em pacientes assintomáticos. É evidente que a gestão em nível regional e municipal está ciente dessa falha e está trabalhando para suprir a defasagem desse rastreio por meio de diversas estratégias em saúde, como disponibilização de todos os exames preconizados pelo Caderno de Atenção Básica e orientação aos profissionais para triagem direcionada no acolhimento. Diante das informações levantadas, percebe-se a necessidade de padronizar as estratégias de rastreio em todas as unidades de eSF do município, através de protocolo municipal. Entretanto, tendo em vista a importância do rastreio e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos, para prevenção de DM2 na população e promoção da saúde, realizados pela APS, recomenda-se a manutenção do item na Carteira de Serviços da APS.

O segundo item avaliado, contemplando a DM na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município, foi: a identificação, manejo e acompanhamento de pacientes com DM. Seguindo o fluxo de atendimento do MS, a suspeita diagnóstica por um enfermeiro em atendimento inicial, deve ser encaminhada ao médico responsável para que avalie o paciente, a partir dos achados clínicos, devem ser solicitados exames laboratoriais para confirmação. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, os critérios diagnósticos utilizados são os resultados dos exames de: glicemia jejum (GJ) > 126mg/dL, glicemia 02 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) > 200mg/dL, hemoglobina glicada (HbA1c) > 6,5%. Na presença de dois exames alterados ou um exame alterado após repeti-lo, é possível confirmar o diagnóstico. O acompanhamento pode ser feito pela eSF em conjunto da enfermagem e medicina, em intervalos máximos de 6 meses, respectivamente, para orientação de mudança dos hábitos de vida e medidas farmacológicas. Visando a prevenção das complicações crônicas da DM, exames para avaliação, como função renal, fundoscopia e eletrocardiograma (ECG), devem ser realizados no momento do diagnóstico e em intervalos de 1 ano. O exame neurológico para pesquisa de neuropatia periférica deve seguir a mesma frequência. O tratamento envolve medidas não farmacológicas, como mudanças de hábitos e farmacológico, desde

hipoglicemiantes orais à insulino terapia, individualizado de acordo com o quadro clínico de cada paciente. Percebeu-se a necessidade de construção de fluxos efetivos e padronização da linha de cuidados dos pacientes diagnosticados com DM na APS em Lagoa Santa. As eSF são bem orientadas quanto ao manejo desses usuários da RAS e têm conhecimento técnico para esse acompanhamento. Entretanto, foi constatado que não há padrão nas unidades quanto à organização do atendimento de condições crônicas, como a DM, como por exemplo a utilização da agenda programada para esse público. Ficou evidente que há manejo e acompanhamento desses pacientes dentro das normas estabelecidas pelas principais referências, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes. Porém, não há uma definição de uma diretriz única a ser utilizada por todos os profissionais. Foi informado que o município oferta todos os insumos e procedimentos necessários para o diagnóstico e acompanhamento da condição clínica do paciente em toda a RAS, incluindo casos de difícil manejo e de atendimento especializado. Dessa forma, diante das informações levantadas no GF, foi constatado que há seguimento da linha de cuidados, colocada como modelo pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a esse público alvo e que a gestão municipal está ciente da situação, investindo para melhoria do serviço já existente. Diante da análise realizada no grupo focal e importância desse item para a prevenção e promoção da saúde na APS de Lagoa Santa, decidiu-se manter o item.

O terceiro item avaliado, quanto às possíveis complicações da DM foi: abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase. Em indivíduos com DM, a pesquisa de neuropatia periférica diabética (NPD) é de grande importância para prevenção de complicações e úlceras de pé diabético de difícil manejo, sendo o exame essencialmente clínico pesquisando perdas de sensibilidade, principalmente em membros inferiores. O material utilizado para tais exames são os monofilamentos de sensibilidade tátil e o diapasão, para sensibilidade vibratória, podendo ser necessário o encaminhamento para o atendimento especializado com cirurgião vascular e para a dermatologia, em casos de diagnóstico diferencial com hanseníase. De acordo com o Manual do Pé Diabético do MS, os pontos principais de cuidado para o paciente diabético são as mudanças do estilo de vida, tratamento

farmacológico adequado e cuidados com a lesão inicial, para prevenção das suas complicações e melhor manejo. Quando confirmadas lesões em membros inferiores, por doença metabólica, neuropática, vascular ou mista, o fluxo de tratamento envolve principalmente a equipe de enfermagem, para realização de curativos e orientação do paciente quanto aos autocuidados e medidas não farmacológicas. Segundo informações fornecidas pelos participantes do GF, a rede de atenção em saúde de Lagoa Santa não segue um protocolo para prevenção primária do pé diabético, entre os pacientes diagnosticados com DM, com exame periódico dos pés. As equipes de atenção à saúde são orientadas e têm conhecimento técnico quanto ao diagnóstico diferencial, como hanseníase e outras afecções, mas somente quando há diagnóstico inicial da lesão em MMII. Entretanto, foi apurado que algumas unidades básicas de saúde não dispõem do material necessário para os testes de sensibilidade preconizados. É perceptível a preocupação dos profissionais da atenção básica e gestores quanto a essa condição, já que há disponibilização de todo insumo necessário para realização de curativos e atenção domiciliar para os usuários acamados e domiciliados. Além disso, está disponível na RAS o atendimento especializado para essas condições e foi constatado que o cuidado contínuo desses pacientes na APS tem grande resolubilidade. Contudo, integrantes da estratégia de saúde da família realizam a prevenção secundária, após início do quadro, e têm bom relacionamento com esse público alvo para manejo e tratamento das feridas com curativos necessários. Durante o GF foi identificado que a gestão em nível regional e municipal não estava ciente da falta de materiais para teste de sensibilidade, uma vez que estes foram adquiridos anteriormente para todas as unidades. Diante das informações levantadas, percebe-se a necessidade de padronizar as estratégias para identificação e manejo dessa condição em todas as eSF do município, através de protocolo municipal. Portanto, sendo de grande importância para atividades de prevenção ao pé diabética nas estratégias de saúde da APS, recomenda-se a manutenção do item na Carteira de Serviços da APS.

O quarto item avaliado contempla o rastreamento, identificação do risco e escore cardiovascular da população de Lagoa Santa. O caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde orienta o rastreio e estratificação do RCV em alto, moderado ou baixo, sendo essencial para prevenção de eventos cardiovasculares maiores,

como morte por causa vascular, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Atualmente, essa classificação é realizada por meio de uma avaliação clínico-laboratorial, de acordo com cada perfil de paciente, utilizando o modelo de Framingham. Pacientes com as seguintes características possuem alta propensão de desenvolver doenças cardiovasculares: história familiar de DAC prematura, homem > 45 anos e mulher > 55 anos, tabagismo, hipercolesterolemia, HAS, diabetes, obesidade, gordura abdominal, sedentarismo, dieta pobre em frutas e vegetais e estresse. O acompanhamento é preconizado a cada 3 a 5 anos, ou sempre que houver necessidade clínica. O município de Lagoa Santa está iniciando o processo para estratificação do RCV do maior número de pacientes, a partir da equipe da unidade de saúde, por meio de adesivos, separados por cor indicando o risco, no prontuário dos pacientes. Após a estratificação, o paciente é orientado sobre o que é o RCV e suas complicações, além de buscar mudanças no estilo de vida. Além disso, percebe-se na fala dos profissionais que nas UBS faltam insumos para a realização de aferição de medidas antropométricas, como esfigmomanômetros e balanças, que também requerem manutenção. Os exames laboratoriais solicitados na unidade são realizados em tempo hábil, enquanto o encaminhamento desse paciente para especialista depende da priorização da assistência, o que pode aumentar o tempo de espera. A prevenção para o RCV no município é escassa, não há busca ativa pelos ACS com esse objetivo de identificar os potenciais pacientes com RCV no território. Dessa forma, opta-se por manter o item.

O quinto item discutido consiste em identificar, manejar e acompanhar o paciente com hipertensão arterial sistêmica. De acordo com o caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde, todos os pacientes acima de 18 anos devem ter sua pressão arterial aferida e registrada sempre que vier à Unidade Básica de Saúde. Em caso de PA menor que 120/80 mmHg, essa deve ser verificada a cada dois anos (Brasil, 2006), entre 120-139/89 mmHg, sem fator de risco para doença cardiovascular (DCV), anualmente (CHOBANIAN et al., 2003) e se maior ou igual a 140/90 mmHg ou 139/80 a 89 mmHg, na presença de fatores de risco para DCV, em mais dois momentos, em um intervalo de 1-2 semanas. O diagnóstico é confirmado após três medidas iguais ou maiores que 140/90 mmHg, o paciente deverá ser encaminhado a uma consulta médica para iniciar o tratamento e o

acompanhamento. O acompanhamento é dado por meio da verificação semanal da PA e consulta médica de reavaliação em até 30 dias em conjunto com equipe multiprofissional. Ainda, é preconizada uma avaliação laboratorial mínima com periodicidade anual, incluindo: rotina com ECG, dosagem de glicose, colesterol total, HDL, triglicérides, cálculo do LDL, creatinina, potássio, EAS e fundoscopia. O tratamento deve ser dividido em não farmacológico e farmacológico, sendo essencial a orientação quanto a mudança de estilo de vida. Já a abordagem medicamentosa utiliza de diversas classes farmacológicas, que devem ser selecionadas de acordo com o paciente e sua individualidade. Geralmente, pela característica multifatorial da doença, há necessidade de associar duas ou mais classes de anti-hipertensivos (Brasil, 2010), privilegiando medicamentos que sejam ofertados pelo SUS, com o objetivo de maior adesão ao tratamento da comunidade. O município de Lagoa Santa dispõe de um fluxo já estabelecido em todas as eSF, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde, descrito acima. De acordo com o que foi relatado, as unidades de saúde não estão equipadas com braçadeiras específicas para obesos e crianças, e não possuem serviço de manutenção periódica dos equipamentos, interferindo no resultado da aferição. O tratamento medicamentoso é composto por fármacos ofertados gratuitamente na farmácia mais próxima, indicada pela equipe de cada unidade, enquanto o tratamento não medicamentoso é oferecido e estruturado na clínica ampliada, por meio de uma equipe multidisciplinar, incluindo nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais. Vale ressaltar que há atividades físicas incentivadas pela prefeitura uma vez por semana com um educador físico, além das academias da cidade, embora não haja adesão de alguns pacientes devido à distância, falta de conhecimento sobre a atividade e falta de interesse. Por fim, os profissionais do município são orientados quanto a agenda programada para o “hiperdia”, com medidas voltadas a esse público. Por fim, foi relatado que o acompanhamento de pacientes portadores de HAS é feito de acordo com o agendamento de consultas de seguimento, sendo a periodicidade das mesmas observadas e solicitadas de acordo com a gravidade e evolução de cada paciente. Porém, cabe ao paciente procurar a UBS e realizar o agendamento ao aproximar da data orientada para retorno ao profissional médico. Quanto aos pacientes que demonstram pouca adesão ao tratamento e aos que venham a abandonar o tratamento, seja pela distância e/ou falta de conhecimento, foi

informado que há baixa busca ativa realizada pelos ACS. Diante do que foi discutido, demonstrou-se a importância da identificação, manejo e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS na APS, a fim de evitar complicações tardias, opta-se pela manutenção do item.

O sexto item discutido foi sobre o manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica. Doenças cardiovasculares (DCV) são males que afetam a anatomia e/ou o funcionamento do coração e dos vasos, comprometendo sua função, consequentemente aumentando o risco de eventos graves. Os fatores de incluem: sexo masculino, idade maior que 40 anos, história familiar positiva em parentes de até segundo grau, dietas hiperlipídicas, sedentarismo, uso de tabaco e uso nocivo do álcool. Os sinais que antecedem a doença são pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade, que podem ser mensurados na AP e indicam um maior risco de eventos cardiovasculares. O encaminhamento de pacientes portadores de DCV é imprescindível, de acordo com necessidade clínica, e o tratamento individualizado de acordo com perfil de cada paciente. Foi possível chegar à conclusão de que, no município de Lagoa Santa, os portadores de doenças cardíacas possuem fácil acesso à atenção especializada, na qual serão solicitados exames de alto custo para o acompanhamento adequado das possíveis condições clínicas apresentadas. Além disso, o município dispõe do apoio terapêutico necessário tanto na atenção básica como na atenção especializada, além da inclusão do núcleo familiar na abordagem ao paciente. Assim sendo, conclui-se que o item demonstra um espaço importante para a sobrevivência de pacientes com cardiopatias e que deve ser mantido na Carteira de Serviços da APS.

Quadro 2: Pareceres conclusivos para cada item analisado:

Número do Item	Avaliação	Parecer final
48	Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.	Manter

49	Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.	Manter
50	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).	Manter
51	Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).	Manter
52	Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.	Manter
96	Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase.	Manter

Dentre os tópicos relacionados à DM, sugere-se a manutenção dos itens - 48, 50 e 96 - a fim de prestação de serviços de qualidade a esses pacientes, conforme preconizado na carteira de serviços da APS. Acerca dos tópicos sobre HAS, RCV e doenças cardiovasculares, sugere-se manutenção dos itens 49, 51 e 52, com o objetivo de melhorar a estratificação do RCV e diminuir possíveis complicações.

CONCLUSÃO

Diante da análise dos resultados e a discussão destes, foi possível estabelecer o diagnóstico situacional da rede de atenção básica no município de Lagoa Santa, em relação aos serviços prestados a pacientes diabéticos e de risco cardiovascular. Dessa forma, nota-se o esforço dos gestores em garantir a assistência adequada a todos os pacientes, entretanto há a necessidade de

elaboração de protocolos e fluxos a serem seguidos pelos profissionais, que também necessitam de capacitação para utilizá-los. Além disso, para a melhoria da assistência, há que se estabelecer, a partir dos novos protocolos, o acesso aos insumos, através da gestão de planejamento, seja para consultas, realização de testes ou exames laboratoriais.

Sendo assim, esse estudo apresenta o diagnóstico situacional de determinados serviços ofertados em relação à Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso, a fim de subsidiar de forma mais eficiente a elaboração da CaSAPS do município de Lagoa Santa, estimulando cada vez mais a Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS:

1. SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: março 2023.
2. Cadernos de Atenção Básica 36 – Diabetes Mellitus. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> . Acesso em: março 2023.
3. Cadernos de Atenção Básica 14 – PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA. Disponível em <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>> . Acesso em: março 2023.
4. SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: março 2023
5. SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde, UFRGS Cardiologia: PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA Vol II. Brasília -DF 2016 Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf>. Acesso em: março 2023.

6. Manual do Pé Diabético – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf> Acesso em: março 2023.
7. Barroso, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos brasileiros de cardiologia;

ANEXO A - CONVITE PARA REUNIÃO

Vimos respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, por meio deste, convidá-lo(a) para participar da reunião que ocorrerá na (o) Colegium - R. Santos Boschi, 209 - Joana Darc, Lagoa Santa - MG, no dia 17/03/2023 às 09:00, onde serão tratados assuntos pertinentes à elaboração da Carteira de Serviços da Atenção Primária da cidade de Lagoa Santa, com ênfase nos itens de Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso.

Aproveitando o ensejo, renovamos protestos de estima e consideração.

Contamos com sua presença.

Lagoa Santa, 10 de março de 2023.

Breno Costa
Orientador do Grupo Focal

Endy Puff Mendes do Valle Lippi
Orientadora Responsável pelo Grupo
Focal

Bárbara Bicalho Dias
Acadêmica de Medicina Faminas/BH

Luísa Bussinger Silva Torres
Acadêmica de Medicina Faminas/BH

César Muzzi Pires Lage
Acadêmico de Medicina Faminas/BH

Luiza Antunes Góis
Acadêmica de Medicina Faminas/BH

Eduarda Storino
Acadêmica de Medicina Faminas/BH

ANEXO B - PAUTA DA REUNIÃO DO GRUPO FOCAL

Data da Reunião: 17/03/2023

Coordenadora do Grupo Focal: Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Mediadores: Luísa Bussinger Silva Torres e Luiza Antunes Gois

Responsáveis pela confecção da ata: Bárbara Bicalho Dias, César Muzzi Pires Lage e Eduarda Pinto Storino

Orientadores: Breno Aparecido, Mônica Fernandes e Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Tema: Carteira de Serviços da Atenção Básica com ênfase nos itens de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular

Introdução:

- Breve resumo sobre o que é e para que serve a Carteira de Serviço da Atenção Primária em Saúde:** A Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (CSAPS) é um documento que responde a uma orientação contida na atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), que estabeleceu, nas suas diretrizes o funcionamento das unidades de saúde, a necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso. A CSAPS visa nortear as ações de saúde na APS com o reconhecimento da clínica multiprofissional. Importante destacar que, a carteira de serviços da APS se destina a todos os profissionais, gestores e cidadãos brasileiros para que se apropriem e tenham conhecimento dos serviços de saúde oferecidos na APS. Os serviços descritos na CSAPS estão organizados e agrupados em: “Vigilância em Saúde”; “Promoção à Saúde”; “Atenção e Cuidados na Saúde do Adulto e do Idoso” “Atenção e Cuidado Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”; “Procedimentos na APS”; “Atenção e Cuidados relacionados à Saúde Bucal”. Didaticamente, a CSAPS apresenta uma versão destinada aos cidadãos brasileiros, elencando todos os serviços ofertados na APS numa linguagem destinada ao público geral e leigo e outra destinada aos profissionais e gestores com a lista de serviços e insumos necessários.

2- Contextualização sobre a estruturação e função do grupo focal: O grupo focal (GF) foi proposto e estruturado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa. Fazem parte do GF acadêmicos do 11º período do curso de medicina da Faminas-BH com seus respectivos orientadores e colaboradores do Sistema Único de Saúde municipal. O objetivo do GF é fornecer subsídios para a realização do diagnóstico situacional da rede de saúde de Lagoa Santa e através dele confeccionar a Carteira Municipal de Serviços da APS. Nesse encontro a ênfase será os itens sobre Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular. Os itens a serem abordados estão elencados na tabela abaixo.

Itens a serem abordados:

Atenção e Cuidados Clínicos em Saúde do Adulto e do Idoso
Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
Rastreamento e identificação do risco cardiovascular global visando à realização do escore para estratificação de risco cardiovascular.
Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com DM.
Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica.
Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doenças arterioscleróticas, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós trombótica.
Investigação de óbitos em mulheres em idade fértil em conjunto com a vigilância em saúde.
Procedimentos na Atenção Primária
Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em saúde devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus e hanseníase.

Referências:

- 1- SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: fevereiro 2023.
- 2- SAÚDE, M. D. **Guia Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília. 2018.

ANEXO C - GUIA DE CONDUÇÃO DA REUNIÃO

Data: 17/03/2023

Horário: 09:00h

Local: Unigetes

Duração: 09:00 às 12:00 hs.

Condutor responsável: Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Mediadores: Luísa Bussinger Silva Torres e Luíza Antunes Gois

Responsáveis pela confecção da ata: Bárbara Bicalho Dias, César Muzzi Pires Lage e Eduarda Pinto Storino

Orientadores: Breno Aparecido, Mônica Fernandes e Endy Puff Mendes do Valle Lippi

Tema: Confecção da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde da cidade de Lagoa Santa

Pauta:

- 1- Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.
 - 1.1- O município possui protocolo para rastreamento de adultos assintomáticos com DM2?
 - 1.2- Os profissionais ACS são orientados e fazem busca ativa, questionando os fatores de risco em suas visitas domiciliares?
 - 1.2.1- Quando o paciente é classificado como população de risco, qual é o fluxograma do atendimento?
 - 1.3- Há balanças funcionantes em todas as UBS? Todos os pacientes são pesados antes/durante as consultas?
 - 1.4- Há critérios pré-estabelecidos para solicitação de exames laboratoriais para rastreio?
 - 1.4.1- Quando solicitados, esses exames laboratoriais, todos podem ser realizados e qual o tempo médio para realização destes?
 - 1.4.2- Há coleta de exames nas unidades? Se não, os usuários são orientados a onde realizar a coleta?
 - 1.5- Os pacientes são orientados a realizar o rastreio novamente após os resultados normais? Se sim, em quanto tempo?
 - 1.6- Quando há acompanhamento de familiares diagnosticados, os pacientes recebem orientações quanto ao rastreio?
 - 1.7- Pacientes assintomáticos, com fatores de risco, tem acesso a equipe multidisciplinar?
 - 1.7.1- Há incentivo das unidades para prática de exercício físico? Se sim, quais atividades são ofertadas?

- 2- Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com DM

- 2.1- Após a realização de exames, como é o acesso dos pacientes aos resultados? Eles são orientados a retornar a consulta para avaliá-los?
- 2.2- Há agenda programada para o paciente com diabetes? Existe periodicidade de consultas definida, se sim como é feita essa definição?
- 2.3- O município dispõe de todo apoio terapêutico como preconizado pelo MS?
- 2.4- Existe busca ativa dos pacientes que não retornam com seus resultados? E daqueles que não continuaram o acompanhamento após o diagnóstico?
- 2.5- Como é o acesso dos pacientes a materiais como glicosímetro e lancetas?
- 2.6- Como funciona a distribuição dos fármacos para o tratamento? Há disponibilidade de pelo menos um medicamento por classe?
- 2.7- A equipe é treinada quanto a medidas não farmacológicas e à aplicação da insulina?
- 2.8- Há critérios pré-estabelecidos para o encaminhamento para o atendimento secundário por especialista?
- 3- Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como DM e hanseníase
- 3.1- Há orientação aos profissionais de saúde, quanto à identificação precoce de afecções nos pés de pacientes com DM?
- 3.2- Na presença da lesão, é feito diagnóstico diferencial entre DM, hanseníase ou outras doenças?
- 3.3- Há disponibilidade dos materiais para testes neurológicos e de sensibilidade nas unidades?
- 3.4- Com fins de prevenção, são realizados exames periódicos dos pés? Quem é o agente responsável e qual a regularidade?
- 3.5- Os pacientes recebem orientações quanto à prevenção e tratamento das feridas?
- 3.5.1- Os profissionais são capacitados para realização de curativos?
- 3.5.2- Há disponibilização de insumos e orientação dos pacientes para que continuem o tratamento em domicílio?
- 3.6- Há na REMUME as medicações para dor neuropática?
- 3.7- Há critérios pré-estabelecidos e disponibilidade para o encaminhamento ao especialista?
- 4- Rastreamento, identificação de risco e escore cardiovascular
- 4.1 – Como funciona o rastreamento para o RCV?
- 4.1.1- Qual é o público alvo e como é identificada a população de risco? Quem faz esse processo?
- 4.1.2- Esses profissionais receberam capacitação específica para a identificação de risco?
- 4.1.3- Qual escore é utilizado e ele é aplicado na prática?
- 4.1.4- Após a identificação do paciente com risco cardiovascular, o paciente é orientado a buscar a UBS ou já há marcação da consulta com fim de estratificar o risco? Quais são os profissionais responsáveis pela estratificação?
- 4.1.5- A unidade está equipada para realização da estratificação de risco?

4.1.6- Há disponibilidade dos exames preconizados para estratificação de risco?

4.1.7- Como funciona o acompanhamento após diagnóstico?

4.2 – Sobre o esclarecimento da população quanto aos fatores de risco e medidas preventivas.

4.2.1- Há orientação da população em geral sobre os fatores de risco?

4.2.2- Quais as políticas de prevenção? Como é feita?

5. Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial

5.1- O município possui protocolo para rastreamento de adultos assintomáticos com DM2?

5.2- Como é feita a identificação/diagnóstico do paciente com HAS?

5.3- É realizada aferição de pressão arterial de todos os pacientes que comparecem ao posto?

5.4 – A unidade está equipada para realização de aferição de pressão de pacientes com condições especiais? Obesidade e esfigmomanômetro infantil.

5.5- Há agenda programada para pacientes com hipertensão arterial? Existe periodicidade de consultas definida? Se sim, como é feita essa definição?

5.6- O município dispõe de todo o apoio terapêutico como preconizado pelo ministério da saúde?

5.7- Existe busca ativa dos pacientes que não retornam com seus resultados? E daqueles que não continuaram o acompanhamento após o diagnóstico?

5.8- Como funciona a distribuição dos fármacos para o tratamento? Há disponibilidade de pelo menos um medicamento por classe?

5.9- A equipe é treinada a orientação quanto a medidas não farmacológicas? Alguma é ofertada pela unidade?

5.10- Há critérios pré-estabelecidos para o encaminhamento para o atendimento secundário por especialista?

6. Manejo e acompanhamento de pessoas com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença arterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca congestiva, palpitações, arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica

6.1-Os médicos da atenção primária são capacitados para a condução desses casos? Se sim, há autorização para a solicitação de exames de alto custo para manejo dessas condições?

6.2- Há fluxo de encaminhamento para a atenção secundária nesses casos?

6.3- Qual é o fluxo de pedido de exames para esses pacientes na atenção primária?

6.4- A rede de apoio familiar é incluída no processo de cuidado? (orientada quanto a doença, seus impactos e suas possíveis complicações?)

6.5- Há agenda programada para pacientes com doenças cardiovasculares?

6.6- O município dispõe de todo o apoio terapêutico como preconizado pelo ministério da saúde?

Encerramento: Após as explicações realizadas pelos diversos colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa, seria pertinente indagá-los sobre o acesso e uso dos protocolos da secretaria local.

ANEXO D - AVALIAÇÃO E PARECER SOBRE SAÚDE DO ADULTO E PROCEDIMENTO DA APS REALIZADOS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA PARA CONFEÇÃO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MUNICIPAL

ITEM: Rastreamento e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos.

DESCRIÇÃO: Avalia o acesso a consultas e apoio diagnóstico para rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos, conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde na APS, desde a identificação das pessoas elegíveis até a confirmação ou exclusão da doença.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Total de pacientes diabéticos cadastrados no SISAB e exames de rastreio solicitados no município.

AVALIAÇÃO ACERCA DO ITEM: Percebeu-se que na rede de atenção em saúde de Lagoa Santa não há uma padronização na APS em relação à busca ativa e rastreamento de pacientes assintomáticos para DM2. As equipes de atenção à saúde têm o costume de realizar exames preconizados para rastreio de DM2, em população com outra condição de saúde já pré-existente, contudo, foi constatado que alguns integrantes da estratégia de saúde da família realizam esse rastreio em pacientes assintomáticos. Porém, a baixa adesão desses usuários ao serviço de saúde é o grande dificultador dessa estratégia de rastreio, uma vez que estes não têm o hábito de realizar atendimentos com vista à prevenção de doenças, e o acesso à agenda programada nas UBS para essas ações ainda é incipiente. É evidente que a gestão em nível regional e municipal está ciente dessa falha e está trabalhando para suprir a defasagem desse rastreio por meio de diversas estratégias em saúde, como disponibilização de todos os exames preconizados pelo Caderno de Atenção Básica e orientação aos profissionais para triagem direcionada no acolhimento. Diante das informações levantadas, percebe-se a necessidade de padronizar as estratégias de rastreio em todas as unidades de eSF do município, através de protocolo municipal. Contudo, tendo em vista a importância do rastreio e acompanhamento de DM2 em adultos assintomáticos, para prevenção de DM2 na população e promoção da saúde, realizados pela APS, recomenda-se a manutenção do item na Carteira de Serviços da APS.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: março 2023.

Cadernos de Atenção Básica 36 – Diabetes Mellitus. Páginas 27 e 28. Disponível em

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf> . Acesso em: março 2023.

ITEM: Rastreamento e identificação de risco cardiovascular global (RCVG) visando à realização de escore para estratificação de risco cardiovascular.

DESCRIÇÃO: Avalia o acesso a consultas e aplicabilidade dos escores de Risco Cardiovascular (RCV) conforme critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde na APS, desde o acesso do usuário, diagnóstico, estratificação de risco e acompanhamento.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Total de pacientes diabéticos, hipertensos e tabagistas no município. Percentual de diabéticos, hipertensos e tabagistas que realizam acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, por meio do cadastro do RCV no sistema e-SUS, e das etiquetas anexadas em prontuário físico.

AValiação ACERCA DO ITEM: Ficou evidenciada que houve uma atual implementação de projetos que visam o rastreio e acompanhamento do RCV de pacientes com Diabetes, Hipertensão e/ou Tabagista, realizados através de ação conjunta com médicos e acadêmicos de medicina do 12º período das unidades, por meio de distribuição de folhetos informativos para a população, para educação popular em saúde quanto aos fatores de risco. Nesta ação os acadêmicos estão realizando a identificação dos usuários através da avaliação dos prontuários físicos dos pacientes cadastrados, e os médicos das eSF realizam a avaliação do RCV. Todos os dados são registrados em instrumento elaborado pela gestão para essa finalidade. A estratificação do RCV é realizada por médicos através de consulta agendada para acompanhamento das doenças de base, utilizando como ferramenta para estratificação a calculadora de risco cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Após a estratificação, é afixado no prontuário físico por meio de etiquetas, a sinalização do RCV de cada paciente e orientado periodicidade da próxima consulta. Ou seja, a estratificação é realizada na APS do município em associação ao acompanhamento das condições crônicas, Diabetes, Hipertensão, ou então no caso do paciente tabagista. Durante a discussão, foi comunicado que todas as unidades estão equipadas para a realização do exame físico visando a estratificação do RCV, porém alguns aparelhos, como balanças, necessitam de manutenção e instalação correta. Também foi discutido que, no momento, não existem políticas públicas específicas para prevenção de doenças vasculares, mas as formas de prevenir são orientadas em consultas médicas e existem outras políticas que abrangem esse grupo de pacientes. Foi sugerido a realização de capacitação de ACS para busca ativa e orientação da população quanto aos fatores de risco. Por fim, após análise dos dados, recomenda-se

a manutenção do item, visto que são projetos que estão obtendo adesão da equipe de saúde e da população, e possuem importância ímpar para toda a população e rede de atenção primária.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: março 2023.

Cadernos de Atenção Básica 14 – PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA . Páginas 14 a 33. Disponível em

<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf> >. Acesso em: março 2023.

ITEM: Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com diabetes mellitus (DM).

DESCRIÇÃO: Estabelecer protocolo de linha de cuidado para pacientes diagnosticados com DM nas unidades de APS de Lagoa Santa para melhor acompanhamento do público alvo e integralidade da atenção.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Total de pacientes diabéticos cadastrados no SISAB e percentual de pacientes dentro da meta glicêmica, de acordo com o protocolo.

AValiação ACERCA DO ITEM: Percebeu-se a necessidade de construção de fluxos efetivos e padronização da linha de cuidados dos pacientes diagnosticados com DM na APS em Lagoa Santa. As eSF são bem orientadas quanto ao manejo desses usuários da RAS e têm conhecimento técnico para esse acompanhamento. Entretanto, foi constatado que não há padrão nas unidades quanto à organização do atendimento de condições crônicas, como a DM, como por exemplo a utilização da agenda programada para esse público. Ficou evidente que há manejo e acompanhamento desses pacientes dentro das normas estabelecidas pelas principais referências, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Diabetes. Porém, não há uma diretriz única a ser utilizada por todos os profissionais. Foi informado que o município oferta todos os insumos e procedimentos necessários para o diagnóstico e acompanhamento da condição clínica do paciente em toda a RAS, incluindo casos de difícil manejo e de atendimento especializado. Dessa forma, diante das informações levantadas no GF, foi constatado que há seguimento da linha de cuidados, colocada como modelo pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a esse público alvo e que a gestão municipal está ciente da situação, investindo para melhoria do serviço já existente. Diante da

análise realizada no grupo focal e importância desse item para a prevenção e promoção da saúde na APS de Lagoa Santa, decidiu-se manter o item.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: março 2023.

Cadernos de Atenção Básica 36 – Diabetes Mellitus. Páginas 27 e 28. Disponível em

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: março 2023.

ITEM: Identificação, manejo e acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS).

DESCRIÇÃO: Designar uma linha de cuidado para os pacientes diagnosticados como portadores de HAS nas UBS do município, para melhor escolha terapêutica e acompanhamento individualizado.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Total de pacientes hipertensos e tabagistas no município. Percentual de hipertensos e tabagistas que realizam acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, por meio do cadastro do RCV no sistema e-SUS, e das etiquetas anexadas em prontuário físico.

AValiação ACERCA DO ITEM: Foi informado pelos participantes do GF que existe um fluxo já estabelecido em todas as eSF, onde todo paciente tem sua pressão arterial aferida previamente a consulta médica, associado com os valores pressóricos padronizados pelo departamento de hipertensão arterial da sociedade brasileira de cardiologia (DHA-SBC), para o diagnóstico de hipertensão arterial. De acordo com o que foi relatado, as unidades de saúde não estão equipadas com todo o material necessário para a aferição pressórica da população, uma vez que todas as UBS possuem o esfigmomanômetro de adulto, mas não apresentam braçadeiras específicas para obesos e crianças em todas as unidades do município. Além de o município não possuir serviço de manutenção periódica destes equipamentos, o que interfere na calibragem e qualidade no resultado da aferição. O manejo dos pacientes hipertensos no sistema de saúde está bem estabelecido. O tratamento medicamentoso é oferecido pelo SUS, os medicamentos ofertados gratuitamente são dispostos no REMUME, os pacientes retiram na própria UBS do território quando o mesmo oferece farmácia ou em uma farmácia do SUS mais próxima e indicada pela equipe. O tratamento não medicamentoso é oferecido e estruturado na clínica ampliada, por meio de uma equipe

multidisciplinar: nutricionistas, educadores físicos, psicólogos e assistentes sociais. Vale ressaltar que há atividades físicas incentivadas pela prefeitura uma vez por semana com um educador físico, além das academias da cidade. No entanto, a falta de adesão de alguns pacientes devido à distância, falta de conhecimento sobre a atividade, falta de interesse prejudicam o aumento da frequência para que essas atividades sejam oferecidas mais vezes durante a semana. Ademais, os profissionais são orientados a possuir uma agenda programada para o hiperdia, visando a melhor eficácia do acompanhamento do paciente hipertenso. Por fim, foi relatado que o acompanhamento de pacientes portadores de HAS é feito de acordo com o agendamento de consultas de seguimento, sendo a periodicidade das mesmas observadas e solicitadas de acordo com a gravidade e evolução de cada paciente. Porém, cabe ao paciente procurar a UBS e realizar o agendamento ao aproximar da data orientada para retorno pelo profissional médico. Quanto aos pacientes que demonstram pouca adesão ao tratamento e aos que venham a abandonar o tratamento, seja pela distância / falta de conhecimento, foi informado que há baixa busca ativa realizada pelos ACS. Diante do que foi discutido, demonstrou-se a importância da identificação, manejo e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS na APS, a fim de evitar complicações tardias e o grupo focal decidiu pela manutenção do item.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf . Acesso em: março 2023

ITEM: Manejo e acompanhamento da pessoa com doenças cardiovasculares: doença arterial periférica, doença aterosclerótica, dor torácica, insuficiência cardíaca, palpitações e arritmias crônicas, varizes, síndrome pós-trombótica.

DESCRIÇÃO: Realização do seguimento do paciente com doença cardiovascular na APS e fluxo de encaminhamento de pacientes portadores de cardiopatias ao serviço especializado.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Não se aplica.

AVALIAÇÃO ACERCA DO ITEM: Foi possível concluir que a presença de alguma comorbidade cardíaca em pacientes é acompanhada por um especialista da área e que para a realização desse encaminhamento deve ser preenchido critérios clínicos de acordo com a doença cardiovascular portada. Além de ser relatado que os profissionais de saúde da atenção básica possuem capacitação

para prover os cuidados iniciais a esses pacientes, embora não possam ser solicitados exames de alto custo por esses profissionais, mantendo-se restrito aos especialistas, demandando encaminhamentos. Ademais, foi percebido que as unidades de saúde do município de Lagoa Santa dispõe de todo o apoio terapêutico preconizado pelo MS e que há a inclusão do apoio familiar no processo de cuidado. Por fim, concluiu-se que o item demonstra um espaço importante para a sobrevivência de pacientes com cardiopatias e que deve ser mantido na Carteira de Serviços da APS.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde, UFRGS Cardiologia: **PROTÓCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA** Vol II. Brasília -DF 2016 Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_ii.pdf>. Acesso em: março 2023

ITEM: Abordagem e tratamento da pessoa com alterações em seu pé devido a doenças neuropáticas, como diabetes mellitus (DM) e hanseníase.

DESCRIÇÃO: O pé diabético está entre as complicações mais frequentes do DM, sendo necessária para APS identificação precoce e o tratamento oportuno das alterações encontradas, evitando complicações e realizando estratégias de prevenção e promoção à saúde.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: Total de pacientes cadastrados no SISAB com diagnóstico de DM e CID para DM com complicações circulatórias periféricas.

AValiação ACERCA DO ITEM: Constatou-se que na rede de atenção em saúde de Lagoa Santa não há um protocolo para prevenção primária do pé diabético, entre os pacientes diagnosticados com DM, como a realização do exame periódico dos pés. As equipes de atenção à saúde são orientadas e têm conhecimento técnico quanto ao diagnóstico diferencial, como hanseníase e outras afecções, mas somente quando há diagnóstico inicial da lesão em MMII. Entretanto, foi apurado que algumas unidades básicas de saúde não dispõem do material necessário para os testes de sensibilidade preconizados. É perceptível a preocupação dos profissionais da atenção básica e gestores quanto a essa condição, já que há disponibilização de todo insumo necessário para realização de curativos e atenção domiciliar para os usuários acamados e domiciliados. Além disso, está disponível na RAS o atendimento especializado para essas condições e foi constatado que o cuidado contínuo desses pacientes na APS tem grande resolubilidade. Contudo, integrantes da estratégia de saúde da família

realizam a prevenção secundária, após início do quadro, e têm bom relacionamento com esse público alvo para manejo e tratamento das feridas com curativos necessários. Durante o GF foi identificado que a gestão em nível regional e municipal não estava ciente da falta de materiais para teste de sensibilidade, uma vez que estes foram adquiridos anteriormente para todas as unidades. Diante das informações levantadas, percebe-se a necessidade de padronizar as estratégias para identificação e manejo dessa condição em todas as eSF do município, através de protocolo municipal. Portanto, sendo de grande importância para atividades de prevenção ao pé diabético nas estratégias de saúde da APS, recomenda-se a manutenção do item na Carteira de Serviços da APS.

PARECER FINAL (RETIRAR/MANTER/REFORMULAR): Manter

OBSERVAÇÃO DO PRECEPTOR: NDN

REFERÊNCIAS:

SAÚDE, M. D. Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf>. Acesso em: março 2023.

Manual do Pé Diabético – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. Disponível em

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf> Acesso em: março 2023.