

**ANEXO 2 – MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO
À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Realizada a partir de protocolos clínicos, a modelagem da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil dimensiona a população-alvo por estrato de risco e estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento à gestante e à criança até os dois anos de idade.

Na matriz de desenho da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil são identificados os pontos de atenção à saúde nos três níveis de atenção, correlacionando-os com os territórios sanitários.

MATRIZ DE DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | | MACRORREGIÃO |
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | | REGIÃO DE SAÚDE |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | MUNICÍPIO ÁREA DE ABRANGÊNCIA MICROÁREA |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Após identificação dos pontos de atenção, lista-se as competências de cada um desses pontos na atenção à saúde materno-infantil, conforme o quadro a seguir.

COMPETÊNCIAS DE CADA PONTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO- INFANTIL

| MATRIZ DE PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE MATERNO-INFANTIL | | |
|---|-------------------------|--|
| TERRITÓRIO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO |
| MUNICÍPIO Microárea | Domicílio | <p>Visita domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar as famílias da microárea. • Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde. • Identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde. • Realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea. <p>Atendimento domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde. |

| | | |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">MUNICÍPIO Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS)</p> | <p style="text-align: center;">UBS</p> | <p>Pré-natal e puerpério:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez. • Realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo. • Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo. • Imunizar as gestantes, conforme o protocolo. • Estratificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo. • Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. • Monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar visitas domiciliares para as gestantes. • Realizar atividades educativas para a gestante e familiares. • Realizar consulta puerperal, conforme protocolo. <p>Puericultura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita domiciliar para os RN residentes no território. • Inscrever os RN na puericultura. • Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo. • Estratificar as crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo. • Imunizar as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo • Encaminhar as crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. • Monitorar as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar visitas domiciliares para as crianças menores de 1 ano. • Realizar atividades educativas para os familiares. |
|--|---|--|

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção. Para conhecimento da população-alvo, utilizam-se os parâmetros demográficos e epidemiológicos.

| | | |
|------------------------|--|---|
| REGIÃO DE SAÚDE | Centro de Referência Regional | <p>Pré-natal e puerpério de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo. • Solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares. • Realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo. <p>Interconsulta para crianças de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. • Realizar atividades educativas para os familiares. |
| | Hospital/ Maternidade de Risco Habitual | <p>Internamento – gestante de risco habitual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas. <p>Parto – gestantes de risco habitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar parto para as gestantes de risco habitual. <p>Internamento – crianças de baixo risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas. |
| MACRORREGIÃO 0 | Hospital/ Maternidade de Alto Risco | <p>Internamento – gestante de alto risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas. <p>Parto – gestante alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar parto para as gestantes de alto risco. <p>Internamento – crianças de alto risco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas. |
| | Casa da Gestante | <p>Atendimento às gestantes de alto risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social. |

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

Total de gestantes

110% do nº de nascidos vivos do ano anterior –

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Gestantes de risco habitual | 85% do total de gestantes - |
| Gestantes de alto risco | 15% do total de gestantes - |

| CICLO DE VIDA DA CRIANÇA (< 1 ano) | |
|--|---------------------------------------|
| Total de crianças | 100% do total estimado de gestantes - |
| Crianças de risco habitual e médio risco | 75% do total de crianças - |
| Crianças de alto risco | 25% do total de crianças - |

A seguir, as planilhas de programação:

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO À GESTANTE

| RESULTADO ESPERADO | ATIVIDADE | PARÂMETRO | DIMENSIONAMENTO DE NECESSIDADE/ANO |
|---|---|---|---|
| Captação precoce e cobertura de 100% das gestantes no pré-natal do município | Inscrever as gestantes no pré-natal das UBS do município | 110% do número de nascidos vivos do ano anterior 100% das gestantes inscritas no pré-natal das UBS, preferencialmente, no 1º trimestre de gestação | |
| | Realizar consultas de pré-natal para as gestantes nas UBS | - 100% das gestantes com, no mínimo, 6 consultas de pré-natal e uma de puerpério nas UBS sendo consultas intercaladas com profissional médico e enfermeiro. | Nº de gestantes x 6 = consultas de pré-natal/gestante, sendo consultas intercaladas com profissional médico e enfermeiro. |
| | | 1 consulta no 1º trimestre de gestação | Nº total de gestantes x 1 = |
| | | 2 consultas no 2º trimestre de gestação | Nº de gestantes x 2 = |
| | | 3 consultas no 3º trimestre de gestação | Nº de gestantes x 3 = |
| | 1 consulta no puerpério (100% das puérperas com no mínimo 1 consulta puerperal nas UBF, preferencialmente até a 1ª semana pós parto). | Nº total de gestantes x 1 = | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | Realizar exames laboratoriais e outros para as gestantes. | 100% das gestantes com exames laboratoriais solicitados na inscrição do pré-natal: teste rápido de gravidez; grupo sanguíneo, fator Rh, hematócrito e hemoglobina, glicemia de jejum, VDRL, urina de rotina, urocultura, teste anti-HIV (após aconselhamento e consentimento), HbsAg, sorologia p/ toxoplasmose IgM, proteinúria (dosagem com fita reagente). | Nº de gestantes x 1 = (para cada exame solicitado na inscrição do pré-natal, à exceção da glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina, que será = Nº de gestantes x 2) |
| | | Na 30ª semana: glicemia de jejum, VDRL e urina de rotina. | |
| | | - Coombs indireto se necessário. | Teste de Coombs Indireto – 1 exame para 30% do total de gestantes. |
| | | - USG – ultrassonografia gestacional | Nº de gestantes x 1 = total de USG. |
| | | - Colpocitologia oncótica. | Nº de gestantes x 1 = total de colpocitologia. |
| | Realizar consulta odontológica. | Garantir 1 consulta odontológica/gestante | Nº de gestantes X 1 = total de consulta odontológica. |
| Realizar reuniões educativas | Realizar 4 reuniões educativas / gestantes | Cada gestante terá que participar de 4 reuniões educativas. | |
| Acompanhar 100% das gestantes de alto risco no centro de referência regional. | Realizar consultas adicionais de pré-natal para as gestantes de alto risco no centro referencia micro regional | 15% das gestantes são esperadas para alto risco | 15% do total de gestantes = total de gestantes de alto risco. |
| | | 100% das gestantes de alto risco com no mínimo 5 consultas de pré-natal no centro de referencia micro regional | Gestantes de alto risco x 5 = nº de consultas necessárias no centro de referência regional |
| | Realizar USG, cardiocografia e ECG para as gestantes de risco no centro de referencia micro regional | 100% das gestantes de alto risco com no mínimo 2 USG | Nº de gestantes de alto risco x 2 = total de exames de USG. |
| | | 100% das gestantes de alto risco com 1 com ultrassom obstétrico com Doppler | Nº de gestantes de alto risco x 1 = total de exames de USG com Doppler |
| | | 100% das gestantes de risco com 1 cardiocografia ante parto | Nº de gestantes de alto risco x 1= total de cardiocografia ante parto |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | 100% das gestantes de alto risco com ECG | Nº de gestantes de alto risco x 1 = total de ECG |
| | Realizar exames laboratoriais para gestantes de alto risco | 100% das gestantes de alto risco com teste de tolerância à glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, dosagem de proteínas na urina 24 horas e urocultura | Nº de gestantes de alto risco x 1 = nº de exames de TTG, ureia, creatinina, ácido úrico, proteínas de 24 horas e urocultura. |
| | | 30% das gestantes de alto risco farão contagem de plaquetas | 30% das gestantes de alto risco = total de exames de contagem de plaquetas |
| | Realizar acompanhamento psicossocial nas gestantes de alto risco | Garantir uma consulta psicossocial para as gestantes de risco | Nº de gestantes de alto risco x 1 = consulta psicossocial |
| Garantia do parto para 100% das gestantes de risco habitual na maternidade de referência da região (microrregional) | Realizar parto para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência | 85% das gestantes são de risco habitual | 85% do total de gestantes = Nº de gestantes de risco habitual que necessitarão parir na maternidade de referência da região. |
| | | Garantir 100% dos partos para as gestantes de risco habitual na maternidade de referência | |
| | Realizar parto para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional | 15% das gestantes são de alto risco | 15% do total de gestantes = Nº de gestantes de alto risco que deverão ser encaminhadas para a maternidade de referência macrorregional |
| | | Garantir 100% dos partos para as gestantes de alto risco na maternidade de referência macrorregional | |
| Atendimento de 100% das gestantes de alto risco que necessitem de monitoramento na casa da gestante na macrorregião | Realizar monitoramento das gestantes de alto risco que necessitem de observação na casa da gestante macrorregional | 15% das gestantes são de alto risco e destas, 5% poderão necessitar de atendimento na casa da gestante por um período médio de 15 dias. | 5% das gestantes de alto risco = nº de gestantes que deverão necessitar da casa da gestante. |
| | | | Esse total x 15 = nº médio de dias que as gestantes de alto risco necessitarão na casa da gestante. |

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO À CRIANÇA (PROGRAMAÇÃO PERINATAL)

| RESULTADO ESPERADO | ATIVIDADE | PARÂMETRO | DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO |
|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| Cobertura de 100% dos recém-nascidos nas ações de puericultura nos municípios | Inserir os RN nas ações de puericultura no município | 100% do total estimado de gestantes | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Cobertura de 100% das crianças < de 1 ano nas ações de puericultura no município | Realizar consultas de puericultura para crianças < de 1 ano no município | <p>100% das crianças < de 1 ano com no mínimo 7 consultas de puericultura nas unidades de saúde do município, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mínimo de 03 consultas no 1º trimestre; (médico e enfermeiro) ▪ Mínimo de 02 consultas no 2º trimestre; (médico e enfermeiro) ▪ Mínimo de 01 consulta no 3º trimestre; (médico) ▪ Mínimo de 01 consulta no 4º trimestre: (enfermeiro) | <p>Total de RN/ano x 7 = N° de consultas de puericultura previstas Destas, 3 consultas médicas e 4 de enfermagem. N° de RN/ano X 3 = N° de consultas no 1º trimestre</p> <p>N° de RN/ano X 2 = N° de consultas no 2º trimestre</p> <p>N° de RN/ano X 1 = N° de consultas no 3º trimestre</p> <p>N° RN/ano X 1 = N° de consultas no 4º trimestre</p> |
| | Proceder à imunização conforme o preconizado no protocolo | No mínimo 95% das crianças até 18 meses da área adscrita imunizadas | 95% das crianças até 18 meses da área adscrita = necessidade das crianças com esquema vacinal em dia |
| Aplicação da Vit. A conforme o protocolo do MS (em áreas endêmicas) | Aplicar Vit. A em todas as crianças de 6 meses a < 5 anos conforme protocolo do MS | 100% das crianças de 6 meses a < 5 anos da área adscrita, recebendo doses de Vit. A | N° total de crianças de 6 meses a < de 5 anos da área adscrita deverão receber as doses de Vit. A |
| Aplicação de sulfato ferroso como profilaxia da anemia | Aplicar sulfato ferroso, dose para profilaxia, nas crianças de 6 a 18 meses | 100% das crianças de 6 meses a 18 meses da área adscrita, recebendo doses de sulfato ferroso | N° total de crianças de 6 meses a 18 meses da área adscrita deverão receber as doses de sulfato ferroso (profilático) |
| Estimular o Aleitamento Materno | Estimular Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em 100% das crianças até 6 meses de vida | 100% das crianças até 6 meses com AME | N° total de RN/ano = N° de crianças que ficarão com AME até o 6º mês de vida - |
| Realizar visita domiciliar em 100% dos Recém Nascidos - RN | Realizar visita domiciliar para todos os RN da área adscrita até a 1ª semana de vida | 100% dos RN visitados até a 1ª semana de vida pelo médico ou enfermeiro | N° total de RN/ano = N° de visitas domiciliares necessárias, para avaliar os RN da área adscrita na 1ª semana de vida. |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Garantir em 100% dos RN a realização do teste do pezinho. | Realizar o teste do pezinho do 3º ao 7º dia de vida. | 100% dos RN com 1 teste do pezinho realizado do 3º ao 7º dia de vida | $N^\circ \text{ total de RN/ano} = N^\circ \text{ de testes do pezinho necessários} -$ |
| Garantir em 100% dos RN a realização do teste do olhinho. | Realizar o teste da orelhinha na maternidade, antes da alta hospitalar. | 100% dos RN com 1 teste do olhinho realizado | $N^\circ \text{ total de RN/ano} = N^\circ \text{ de testes do olhinho necessários} -$ |
| Garantir em 100% das crianças < 1 ano a oferta de consulta odontológica | Realizar 2 consultas odontológicas em 100% das crianças < 1 ano | 100% das crianças < 1 ano com 2 consultas odontológicas, sendo a primeira a partir do primeiro dente e a segunda aos 12 meses | $N^\circ \text{ total de RN/ano} \times 2 = N^\circ \text{ de consultas odontológicas necessárias} -$ |
| Realização de atividades educativas | Realizar reuniões educativas às mães de crianças < de 1 ano | Realizar 2 reuniões educativas/ano | 2 reuniões/ano/ para cada mãe de crianças < 1 ano - |
| Acompanhar 100% das crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional | Realizar consultas adicionais para as crianças < de 1 ano de alto risco no centro de referência microrregional | 25% das crianças < de 1 ano (esperado para alto risco) 100% das crianças < de 1 ano de alto risco, com no mínimo 5 consultas ou conforme protocolo do centro de referência específico para o caso | 25% das crianças < de ano = N° de crianças que necessitarão ser acompanhadas no centro de referência - $N^\circ \text{ de crianças de risco} \times 5 = n^\circ \text{ de consultas necessárias no centro de referência} -$ |
| 100% das crianças com sífilis congênita tratadas e acompanhadas conforme protocolo do MS | Acompanhar as crianças com sífilis congênita do território | 100% das crianças com sífilis congênita (do território) acompanhadas na UBS | $N^\circ \text{ de crianças com sífilis congênita} = \text{crianças tratadas e acompanhadas na UBS} -$ |
| Redução da mortalidade infantil no município | Investigar as mortes infantis do município | 100% das mortes infantis identificadas e investigadas pelas UBS | $N^\circ \text{ absoluto de óbitos infantis} / n^\circ \text{ de NV no município} \times 1000 = \text{óbitos a serem investigados} -$ |

A partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, também se pode realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade de risco habitual, conforme a planilha a seguir.

PLANILHA DE MODELAGEM DA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

| DIMENSIONAMENTO DE PARTOS | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|---------------------------------|--|--|---|--|
| Partos/ano = 85% do total de gestantes | | Partos/mês | | Partos/dia | | Necessidade de sala de parto | |
| Normal | Cesárea | Normal | Cesárea | Normal | Cesárea | Normal | Cesárea |
| Nº de partos/ano – Nº de partos cesáreos | Nº de partos/ano x Taxa de cesárea na região /100 | Nº de partos normais /12 meses | Nº de partos cesáreos /12 meses | Nº de partos normais por mês/ 30 dias | Nº de partos cesáreos por mês/ 30 dias | Nº de partos normais ao dia x 2h/ 24h + 20% | Nº de partos cesáreos ao dia x 2h/ 24h + 20% |
| DIMENSIONAMENTO – LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | | | | | | | |
| Número de internamentos/dia | | Tempo de permanência (dias) | | Necessidade de leitos de alojamento conjunto | | | |
| Nº de partos normais ao dia + Nº de partos cesáreos ao dia | | 2 dias | | Nº de internamentos ao dia x 2dias + 20% | | | |

Também, a partir da planilha de programação contida no protocolo clínico, pode-se realizar o cálculo da necessidade de leitos na maternidade macrorregional, conforme planilha a seguir.

PLANILHA DE MODELAGEM DA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

| DIMENSIONAMENTO DE PARTOS (GESTANTE DE ALTO RISCO) | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|--|--|
| Partos/ano = Nº de gestantes de alto risco | | Partos/mês | | Partos/dia | | Necessidade de sala de parto | |
| Normal | Cesárea | Normal | Cesárea | Normal | Cesárea | Normal | Cesárea |
| Nº de partos de alto risco ao ano – Nº de partos de alto risco cesáreos | Nº de partos de alto risco x Taxa de cesárea | Nº de partos normais de alto risco/12 meses | Nº de partos cesáreos de alto risco/12 meses | Nº de partos normais de alto risco /30 dias | Nº de partos cesáreos de alto risco/30 dias | Nº de partos normais de alto risco ao dia x 2h/24h + | Nº de partos cesáreos de alto risco ao dia x |

| | na região /100 | | | | | 20% | 2h/24h + 20% |
|--|----------------------|--------------------------------|--|--|---|-----|-----------------|
| DIMENSIONAMENTO - LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | | | | | | | |
| Número de internamentos/dia | | Tempo de permanência (dias) | | | Necessidade de leitos de alojamento conjunto | | |
| Nº de partos normais de alto risco ao dia + Nº de partos cesáreos de alto risco ao dia | | 5 dias | | | Nº de internamentos ao dia (Nº de partos normal de alto risco ao dia + Nº de partos cesárea de alto risco ao dia) x 5 dias + 20% | | |

PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE LEITOS DE UTI ADULTO

| LEITOS DE UTI ADULTO | | |
|--|--------------------------------|--|
| Nº de puérperas que necessitam de UTI (10% das gestantes de alto risco) | Tempo de permanência (dias) | Necessidade de leitos de UTI |
| 10% das gestantes de alto risco/ano/12 meses | 3 a 4 dias | Nº de puérperas que necessitam de UTI/mês/30 dias = Y Y x 4 dias + 20% |

PLANILHA DE DIMENSIONAMENTO DE LEITOS DE UTI NEONATAL

| LEITOS DE UTI NEONATAL | | |
|--|-------------------|----------------|
| Necessidade de leitos de UTI | Cálculo de leitos | |
| 1 a 2 leitos/1000 NV (regra de três) Em 1000 NV → 2 leitos No total de NV do município → X leitos | UCI | UTI |
| | 2/3 dos leitos | 1/3 dos leitos |

1. Parâmetro da Sociedade Brasileira de Pediatria: 1 a 2 leitos de UTI por 1000 NV, sendo 1/3 de UTI Neonatal e 2/3 de UCI.
2. O conjunto de leitos de cuidados intermediários, UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional) e UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), conterà, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos UCINCa - § 2º art. 7º da portaria GM n. 3.389.
3. Lembrar que, em planejamento hospitalar, a taxa de ocupação de leitos deve ser calculada em torno de 80%, para se ter folga de leitos (20% para tempo de desinfecção, tempo de saída pós-alta etc.)

ANEXO 3 - MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO

EM HIPERTENSÃO E DIABETES

Realizada a partir de protocolos clínicos, a modelagem da Rede de Atenção em Hipertensão e Diabetes dimensiona a população-alvo por estrato de risco e estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes.

Na matriz de desenho da Rede de Atenção em Hipertensão e Diabetes são identificados os pontos de atenção à saúde nos três níveis de atenção, correlacionando-os no âmbito dos territórios sanitários.

MATRIZ DE DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO EM HIPERTENSÃO E DIABETES

| NÍVEL DE ATENÇÃO | PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE | TERRITÓRIO SANITÁRIO |
|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | | MACRORREGIÃO |
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | | REGIÃO DE SAÚDE |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | | MUNICÍPIO ÁREA DE ABRANGÊNCIA MICROÁREA |

Após identificação dos pontos de atenção, lista-se as competências de cada um desses pontos na atenção aos usuários com Hipertensão e Diabetes, conforme o quadro a seguir.

COMPETÊNCIAS DE CADA PONTO DA REDE DE ATENÇÃO EM HIPERTENSÃO E DIABETES

| A MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO EM HIPERTENSÃO E DIABETES | | |
|--|--------------------------|--|
| TERRITÓRIO | PONTO DE ATENÇÃO | COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO |
| ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | Domicílio/ Comunidade | <p>Visita domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar as famílias da microárea. • Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde. • Identificar os usuários com suspeição de hipertensão ou diabetes e encaminhá-los para avaliação clínica na unidade • Realizar visita de acompanhamento, com prioridade para os usuários de alto risco <p>Atendimento domiciliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) dos usuários que cumprem os critérios estabelecidos nas diretrizes |
| | Academia da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> • Práticas corporais e atividades físicas • Práticas artísticas • Atividades de educação alimentar |
| | UBS | <ul style="list-style-type: none"> • Cadastrar os usuários com hipertensão e diabetes • Realizar as consultas de acompanhamento, conforme o protocolo. • Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo. • Estratificar o risco dos usuários • Imunizar os usuários, conforme o protocolo. • Encaminhar os hipertensos de alto risco para o ambulatório de atenção especializada e monitorar seus planos de cuidado • Realizar o monitoramento dos indicadores de processos e clínicos |

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE | Ambulatório de Atenção Especializada | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação multiprofissional dos usuários de alto risco encaminhados pelas equipes da APS • Confirmar a estratificação de risco • Elaborar plano de cuidados e comunicar adequadamente a equipe da APS para a continuidade do cuidado • Acompanhar os usuários de alto risco na fase de estabilização e de manutenção, de acordo com as diretrizes clínicas • Realizar exames especializados necessários para o diagnóstico inicial e monitoramento clínico dos usuários • Realizar ações de educação permanente e supervisão das equipes da APS |
| | Hospital Geral de Referência | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar internações clínicas em caso de intercorrências sem resolutividade a nível ambulatorial |
| ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE | Hospital de Referência para Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar procedimentos diagnóstico / terapêuticos para usuários com situações de urgência clínica maior |

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção. Para conhecimento da população-alvo, utilizam-se os parâmetros demográficos e epidemiológicos.

| | |
|-----------------------------|--|
| HIPERTENSÃO | |
| Total de hipertensos | 20% da população acima de 20 anos - |
| Hipertensos de baixo risco | 32% do total de hipertensos - |
| Hipertensos de médio risco | 43% do total de hipertensos - |
| Hipertensos de alto risco | 25% do total de hipertensos - |
| DIABETES | |
| Total de diabéticos | 08% da população acima de 20 anos - |

| | |
|---------------------------|------------------------------|
| Diabéticos de baixo risco | 20% do total de diabéticos - |
| Diabéticos de médio risco | 50% do total de diabéticos - |
| Diabéticos de alto risco | 25% do total de diabéticos - |

A seguir, as planilhas de programação:

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE HIPERTENSÃO

| RESULTADO ESPERADO | ATIVIDADE | PARÂMETRO | DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO |
|---|---|---|------------------------------------|
| Conhecimento da população alvo de hipertensos estimada para a área de abrangência | Identificar e cadastrar os hipertensos da área de abrangência | 100% dos hipertensos da área de abrangência cadastrados na UBS | |
| Acompanhamento dos hipertensos de acordo com as diretrizes clínicas | Realizar a primeira consulta médica para os hipertensos cadastrados | 100% dos hipertensos cadastrados realizam primeira consulta médica para: <ul style="list-style-type: none"> • avaliação clínica; • estratificação de risco; • elaboração do plano de cuidado. | |
| | Estratificar o risco dos hipertensos cadastrados | 100% dos hipertensos cadastrados realizam estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas subsequentes. | |
| | Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco baixo cadastrados | 100% dos hipertensos de risco baixo cadastrados realizam 3 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • 1 consulta médica (após a 1ª consulta); • 2 consultas de enfermagem OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de médio risco cadastrados</p> | <p>100% dos hipertensos de médio risco cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 consultas médica (após a 1ª consulta); • 4 consultas de enfermagem <p>OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados.</p> | |
| <p>Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de alto risco cadastrados</p> | <p>100% dos hipertensos de alto risco cadastrados realizam 4 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); • 2 consultas de enfermagem <p>OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados.</p> | |
| <p>Realizar grupos operativos para todos os hipertensos cadastrados</p> | <p>100% dos hipertensos participam de grupos operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conduzido preferencialmente por profissionais de nível superior; podendo ser também um técnico de enfermagem ou ACS capacitados; • participantes: 20 hipertensos; • duração: 1 hora. | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Coordenação do cuidado do usuário com hipertensão na rede de atenção | Agendar consultas no Ambulatório de Atenção Especializada para todos os hipertensos de alto risco | 100% dos hipertensos de alto risco com consultas agendadas no Ambulatório de Atenção Especializada | |
| | Elaborar e acompanhar Plano de Cuidados compartilhado com o Ambulatório de Atenção Especializada | 100% dos hipertensos acompanhados de acordo com as metas definidas no Plano de Cuidados OBS: o Plano de Cuidados deve ser revisto em todas as consultas subsequentes | |
| Acompanhamento dos hipertensos de alto risco | Realizar consultas / atendimentos de acompanhamento para todos os hipertensos de alto risco no Ambulatório de Atenção Especializada | 100% dos hipertensos de alto risco realizam consultas/atendimentos com equipe multidisciplinar especializada, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologista: 3 consultas/ano; • Oftalmologista: 1 consulta/ano; • Nefrologista (para usuários com doença renal crônica estágios 3B, 4 e 5) → 3 consultas/ano; • Angiologista: 1 consulta/ano; • Enfermeiro: 2 consultas/ano; • Nutricionista: 2 consultas/ano; • Psicólogo: 4 consultas/ano; • Assistente social: 1 consulta/ano | |
| Prevenção de agravos | Realizar rastreamento da função renal | 100% dos hipertensos realizam investigação da função renal anualmente | |
| | Realizar rastreamento da retinopatia hipertensiva | 100% dos hipertensos realizam fundoscopia anualmente | |

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE DIABETES

| RESULTADO ESPERADO | ATIVIDADE | PARÂMETRO | DIMENSIONAMENTO DA NECESSIDADE/ANO |
|--|--|--|---|
| Conhecimento da população alvo de diabéticos estimada para a área de abrangência | Identificar e cadastrar os diabéticos da área de abrangência | 100% dos diabéticos da área de abrangência cadastrados na UBS | 5.748 |
| Acompanhamento dos diabéticos de acordo com as diretrizes clínicas | Realizar a primeira consulta médica para os diabéticos cadastrados | 100% dos diabéticos cadastrados realizam primeira consulta médica para: <ul style="list-style-type: none"> • avaliação clínica; • estratificação de risco; • elaboração do plano de cuidado. | |
| | Estratificar o risco dos diabéticos cadastrados | 100% dos diabéticos cadastrados realizam estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser realizada em todas as consultas subsequentes. | |
| | Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de risco baixo cadastrados | 100% dos diabéticos de risco baixo cadastrados realizam 3 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • 1 consulta médica (após a 1ª consulta); • 2 consultas de enfermagem OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de médio risco cadastrados</p> | <p>100% dos diabéticos de médio risco cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); • 4 consultas de enfermagem <p>OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados.</p> | |
| <p>Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de alto risco cadastrados</p> | <p>100% dos diabéticos de alto risco cadastrados realizam 4 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, em complemento ao atendimento programado no Centro de Atenção Secundária, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); • 2 consultas de enfermagem <p>OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados.</p> | |
| <p>Realizar grupos operativos para todos os diabéticos cadastrados</p> | <p>100% dos diabéticos participam de grupos operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • conduzido preferencialmente por profissionais de nível superior; podendo ser também um técnico de enfermagem ou ACS capacitados; • participantes: 20 hipertensos; • duração: 1 hora. | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| Coordenação do cuidado do usuário com diabéticos na rede de atenção | Agendar consultas no Ambulatório de Atenção Especializada para todos os diabéticos de alto risco | 100% dos diabéticos de alto risco com consultas agendadas no Ambulatório de Atenção Especializada | |
| | Elaborar e acompanhar Plano de Cuidados compartilhado com o Ambulatório de Atenção Especializada | 100% dos diabéticos acompanhados de acordo com as metas definidas no Plano de Cuidados OBS: o Plano de Cuidados deve ser revisto em todas as consultas subsequentes | |
| Acompanhamento dos diabéticos de alto risco | Realizar consultas / atendimentos de acompanhamento para todos os diabéticos de alto risco no Ambulatório de Atenção Especializada | 100% dos diabéticos de alto risco realizam consultas / atendimentos com equipe multidisciplinar especializada, sendo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologista: 1 consulta/ano; • Endocrinologista: 3 consultas/ano; • Oftalmologista: 1 consulta/ano; • Nefrologista (para usuários com doença renal crônica estágios 3B, 4 e 5): 3 consultas/ano; • Angiologista: 1 consulta/ano; • Enfermeiro: 2 consultas/ano; • Nutricionista: 2 consultas/ano; • Psicólogo: 4 consultas/ano; • Assistente social: 1 consulta/ano | |
| Prevenção de agravos | Realizar rastreamento da função renal | 100% dos diabéticos realizam rastreamento da função renal anualmente | |
| | Realizar rastreamento da retinopatia diabética | 100% dos diabéticos realizam fundoscopia anualmente | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Realizar prevenção do pé diabético</p> | <p>100% dos diabéticos realizam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspeção dos pés em todos os atendimentos; • testes neurológicos de avaliação da sensibilidade anualmente | |
| <p>Realizar prevenção das complicações cardiovasculares da diabetes (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica)</p> | <p>100% dos diabéticos realizam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • controle da pressão arterial em todos os atendimentos; • controle dos níveis lipídicos; • avaliação dos fatores de risco cardiovasculares; • combate ao tabagismo; • terapia com antiagregantes plaquetários, de acordo com as diretrizes clínicas | |