

Projeto Qualifica *APSUS* Ceará

Oficina 3

As condições crônicas
na Atenção Primária
à Saúde



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Governador do Estado do Ceará

Camilo Sobreira de Santana

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Henrique Jorge Javi de Sousa

Secretário Adjunto

Marcos Antônio Gadelha Maia

Secretária Executiva

Lilian Alves Amorim Beltrão

Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior

Núcleo de Atenção Primária

Mariluce Dantas Soares

Coordenação do Projeto QualificaAPSUS Ceará

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Consultora

Maria Emi Shimazaki

EQUIPE DE COORDENAÇÃO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Francisca Girlane Silva De Araújo
Francisca Vilma de Oliveira
Gizelda de Freitas Marinho
Ivone Pereira Cavalcante Vieira
Juliana Donato Nóbrega
Maria de Lourdes Lopes Lima
Maria Eurice Marques de Moraes
Maria Josane Pereira
Mariana Nunes Ferro Gomes
Priscilla Cunha da Silva
Renata Oliveira Leorne Dantas

FACILITADORES ESTADUAIS

Aldenice Marques Lima
Anatália Loiola de Oliveira Lima
Anne Evelyn Gomes Serra
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Célia Viana da Silva Brasileiro
Cristiani Neves Feitosa
Francisca Girlane Silva de Araújo
Francisca Vilma de Oliveira
Gizelda de Freitas Marinho
Ivanilda Fernandes Oliveira
Ivo de Oliveira Leal
Ivone Pereira Cavalcante Vieira
Jose Silverio do Nascimento Junior
Josiane Alves Dorneles
Juliana Donato Nóbrega
Katia Maria Alves dos Santos
Lília Maria Gondim Muniz

Liliane Maria Martins Porto
Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça
Lúcia Vanda Benevides Castelo
Maria Eurice Marques de Moraes
Maria Josane Pereira
Mariana Nunes Ferro Gomes
Max Djano Cordeiro Rufino
Priscilla Cunha da Silva
Renata Oliveira Leorne Dantas
Selma Antunes Nunes Diniz
Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

APRESENTAÇÃO

As condições crônicas envolvem, além das doenças crônicas, as doenças infecciosas persistentes, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

A situação de saúde brasileira revela uma importância relativa crescente das condições crônicas, que só poderá ser respondida com a efetivação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Implantar as RAS, no entanto, pressupõe mudanças radicais no modelo de atenção à saúde e aponta para a necessidade de se implantar também novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas.

No Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2011), é imprescindível organizar alguns macroprocessos básicos como, por exemplo, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação por estratos de risco, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas.

O processo de estratificação de riscos da população é central na regulação assistencial porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos (MENDES, 2015).

Assim, na programação da Atenção Primária à Saúde (APS) utiliza-se de parâmetros de necessidades baseados em evidências científicas e que são parte integrante das diretrizes clínicas. Essa programação impõe-se em função de definir a agenda da equipe de APS, a partir das necessidades de saúde da população.

A terceira oficina do Projeto QualificaAPSUS Ceará traz à tona todas essas temáticas, com o intuito de subsidiar a reorganização da atenção às condições crônicas na APS. Esperamos que seja um momento muito rico de reflexão, discussão e proposição.

Equipe de Coordenação

OFICINA 03

AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVOS

A oficina tem como objetivo possibilitar a compreensão sobre as condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (APS), no que se refere ao (à):

- Modelo de atenção às condições crônicas (MACC);
- Grupos prioritários;
- Estratificação de risco;
- Programação local;
- Agenda local.

PRODUTOS

Ao final do período de dispersão desta oficina, os participantes deverão desenvolver os seguintes produtos:

- Identificação dos seguintes grupos prioritários: gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos;
- Estratificação de risco dos grupos prioritários, conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas;
- Programação para os grupos prioritários, conforme parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas;
- Agenda local.

PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em dois turnos com carga horária de 4 horas/aula cada, durante os quais serão realizadas atividades conforme os objetivos já apresentados.

O tempo estimado para cada atividade é apenas uma proposta. Poderá ser readequado de acordo com o ritmo de trabalho dos grupos, mas sem perder de vista a unicidade da turma.

Para o alcance dos objetivos propostos, a oficina conta com as seguintes atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e plenários. A seguir, a programação proposta.

HORÁRIO	ATIVIDADES
8 às 8h15min	Recepção dos participantes e entrega do material
8h15min às 8h30min	Atividade 1 - Dinâmica de integração
8h30min às 9h	Atividade 2 – Relatos da atividade de dispersão da Oficina 2
9 às 9h15min	Atividade 3 - Apresentação dos objetivos da Oficina
9h15min às 10h15min	Atividade 4 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas
10h15min às 10h30min	Café com prosa
10h30min às 11h30min	Atividade 5 – Relato de uma experiência municipal com a Atenção às Condições Crônicas
11h30min às 12h	Debate

HORÁRIO (CONT.)	ATIVIDADES (CONT.)
12 às 13h	Intervalo para almoço
13 às 13h15min	Atividade 6 – Dinâmica de aquecimento nos grupos
13h15min às 15h15min	Atividade 7 – Trabalho em grupo com plenário externo: a programação local e a agenda programada na Atenção Primária à Saúde
15h15min às 15h30min	Café com prosa (deslocamento para o plenário)
15h30min às 16h30min	Atividade 8 – Plenário do trabalho em grupo: a programação local e a agenda programada na Atenção Primária à Saúde
16h30min às 17h15min	Orientação para o período de dispersão
17h15min às 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

ROTEIRO DE ATIVIDADES

ATIVIDADE 1

DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO (15min)

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação conduzirá uma dinâmica de integração para iniciar as atividades do dia.

ATIVIDADE 2

RELATOS DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA 2 (30 min)

DESCRIÇÃO: Representantes dos municípios farão uma breve apresentação da atividade de dispersão da Oficina 2.

ATIVIDADE 3

EXPOSIÇÃO DIALOGADA: APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS DA OFICINA (15 min)

DESCRIÇÃO: A equipe de coordenação fará uma breve apresentação dos objetivos da Oficina 3, abordando sua relação com as demais oficinas, as atividades pedagógicas, os produtos esperados e, principalmente, a influência das temáticas no cotidiano de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

ATIVIDADE 4

EXPOSIÇÃO DIALOGADA: O MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS(1h)

DESCRIÇÃO: A exposição tem como objetivo possibilitar a compreensão sobre os fundamentos relacionados ao modelo de atenção às condições crônicas (MACC).

ATIVIDADE 5

EXPOSIÇÃO DIALOGADA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA MUNICIPAL COM A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (1h e 30min)

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem como objetivo possibilitar o compartilhamento de uma experiência municipal relacionada à implementação dos macroprocessos de atenção às condições crônicas, no que se refere à identificação dos grupos prioritários (gestante, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos), estratificação de risco, planilha de programação e agenda programada.

Em seguida, será aberto um debate que possibilite a interação entre o(s) expositor(es) e os participantes do plenário para esclarecer dúvidas e/ou tecer comentários sobre a experiência relatada.

ATIVIDADE 6 DINÂMICA DE AQUECIMENTO NOS GRUPOS (15min)

DESCRIÇÃO: Os facilitadores estaduais conduzirão uma dinâmica de aquecimento para iniciar as atividades da tarde nos grupos.

ATIVIDADE 7 TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO EXTERNO: A PROGRAMAÇÃO LOCAL E A AGENDA PROGRAMADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (2h)

DESCRIÇÃO:

1 – Para esta atividade, a turma será dividida em grupos, respeitando-se à Unidade Básica de Saúde de procedência dos participantes. Assim, todos os trabalhadores de uma mesma Unidade ficarão juntos em um grupo. Dependendo da quantidade de pessoas, um grupo poderá ser formado por trabalhadores de duas ou mais Unidades. Depois de formado, o grupo permanecerá o mesmo durante a oficina.

2 - Cada grupo contará com o apoio de facilitadores que farão a mediação do trabalho em grupo.

3 – Como de costume, cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Para lembrar o papel desses atores, veja o Box a seguir:

RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo para apresentação em plenária, seja esta interna ou externa.

Registre aqui os participantes que exercerão as funções de coordenador(a): _____
e de relator(a): _____ nessa primeira atividade.

4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva.

ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA

Recomenda-se uma leitura paragrafada, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto é facultada aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em voz alta para que todos acompanhem.

Cada participante deve destacar os termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A responsabilidade em esclarecer os termos é compartilhada entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve registrar no papel madeira os termos identificados pelo grupo.

O registro do processo de trabalho do grupo deverá ser feito pelo relator em papel afixado na parede para que todos possam visualizar a produção coletiva.

5 – Cada grupo fará a leitura de um texto específico e o preenchimento da matriz correspondente, conforme indicado no quadro a seguir. Cada relator terá um tempo determinado para apresentação da sistematização das discussões em plenário.

GRUPO	TEXTO DE APOIO	MATRIZ
Grupo A	1 - O conhecimento das subpopulações-alvo	1 - Subpopulações-alvo prioritárias
Grupo B	2 - A estratificação de risco das condições crônicas	2 - Estratificação de risco
Grupo C	3 - A programação local	3 - Programação local
Grupo D	4 - A agenda local	4 - Agenda local

6 – A seguir, os textos e matrizes para o trabalho em grupo.

GRUPO A

TEXTO DE APOIO 1 - O CONHECIMENTO DAS SUBPOPULAÇÕES-ALVO⁽¹⁾

Não basta o conhecimento total da população de um território sanitário. É necessário que seja subdividida em subpopulações com fatores de risco ou condições de saúde estabelecida.

A análise da situação de saúde do Ceará, considerando o critério de morbimortalidade, permitiu a identificação de algumas condições de saúde prioritárias: gestação, ciclo de vida da criança menor que dois anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, câncer de mama e de colo de útero, e doenças bucais. Algumas dessas condições apontam para outras situações preocupantes, como a sífilis na gestação e a sífilis congênita. Outras condições, mesmo não sendo prioritárias do ponto de vista da prevalência ou incidência, devem ser monitoradas igualmente, como a tuberculose e hanseníase.

Os parâmetros epidemiológicos ou cadastrais possibilitam o dimensionamento estimativo do público-alvo prioritário, aspecto fundamental do conhecimento da população e organização dos processos de atenção à saúde.

A análise epidemiológica da população não esgota o seu conhecimento. É importante o componente assistencial de acompanhamento da população. Assim deve ser avaliada também a cobertura de atendimento da população, sinal da vinculação com a equipe e da responsabilização desta para com aquela.

As subpopulações-alvo devem ser registradas e o seu acompanhamento monitorado por meio de relatórios sistematizados.

O quadro abaixo sintetiza os parâmetros para a estimativa da população-alvo e a análise de cobertura de atendimento.

(1) Texto extraído do guia de estudo da Oficina: Macroprocessos para a gestão das condições crônicas. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de Gestão da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2015.

PARÂMETROS DE ALGUMAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PRIORITÁRIAS PARA ANÁLISE DA COBERTURA DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
Condição de Saúde⁽¹⁾	Parâmetro⁽²⁾	População-alvo estimada⁽³⁾	População-alvo atendida⁽⁴⁾	Cobertura de atendimento⁽⁵⁾
Gestantes	110% dos nascidos vivos do ano anterior			
Criança menor de 2 anos	100% das crianças menores de 2 anos cadastradas			
Hipertenso	24% da população adulta (≥ 20 anos)⁽⁶⁾			
Diabético	7,6% da população adulta (≥ 20 anos)⁽⁷⁾			
Rastreamento do câncer de mama	100% da população feminina de 50 a 69 anos cadastrada			
Rastreamento do câncer de colo de útero	100% da população feminina de 25 a 64 anos cadastrada			

(1) Condição de saúde priorizada.

(2) Parâmetro de prevalência da condição de saúde priorizada.

(3) População-alvo estimada: aplicar o parâmetro à população residente no território da equipe de Atenção Primária à Saúde.

(4) População-alvo atendida: população com a condição crônica priorizada, cadastrada e atendida pela equipe da APS.

(5) Cobertura de atendimento: calcular utilizando a seguinte expressão matemática = (população-alvo atendida/população-alvo estimada) x 100.

(6) VIGITEL, 2014.

(7) VIGITEL, 2013.

MATRIZ 1 – SUBPOPULAÇÕES-ALVO PRIORITÁRIAS

OBJETIVO	Conhecer as subpopulações - alvo prioritárias da área de abrangência
RESULTADO ESPERADO	100% dos usuários com condições crônicas identificados e cadastrados no acompanhamento, de acordo com as metas progressivas definidas.

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de conhecimento da população.	Discutir o texto de referência e o instrumento de levantamento e registro das subpopulações-alvo					
Dimensionar as populações - alvo prioritárias	Levantar os dados cadastrais da população por faixa etária e sexo, por microárea e área de abrangência					<ul style="list-style-type: none"> • As Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), pág. 85 • Diretrizes clínicas da SESA • Planilha de Programação, Aba: População-alvo (anexo 2)
	Aplicar os parâmetros epidemiológicos para cálculo estimativo das subpopulações					
Analisar a cobertura de acompanhamento das subpopulações - alvo prioritárias	Levantar os dados de acompanhamento das subpopulações					
	Analisar a cobertura, calculando o percentual de subpopulação acompanhado em comparação com a estimada					
Organizar o registro das subpopulações-alvo	Registrar o usuário identificado com uma ou mais condições de saúde no prontuário					
	Lançar os dados pertinentes nos sistemas de informação correspondentes					

GRUPO B

TEXTO DE APOIO 2 - A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS⁽²⁾

A estratificação das pessoas usuárias por estratos de riscos é um elemento central da gestão baseada na população. A estratificação da população em subpopulações leva à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual.

A estratificação da população, ao invés de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por riscos e define, nas diretrizes clínicas, os tipos de atenção e a sua concentração relativa a cada grupo populacional. Dessa forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto que os portadores de condições de alto e muito alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção especializada.

A estratificação da população por riscos é um elemento fundamental no modelo de atenção às condições crônicas (MACC) ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares.

Quando uma população não é estratificada por riscos pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir a agenda na ESF para atenção à saúde dos portadores de condições crônicas.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, a essência das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica. A estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde.

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com uma melhor qualidade da atenção à saúde, impactos positivos nos resultados clínicos e maior eficiência no uso dos recursos de saúde.

(2) Texto extraído do guia de estudo da Oficina: Macroprocessos para a gestão das condições crônicas. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de Gestão da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2015.

MATRIZ 2 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO	Estratificar por grau de risco os usuários das subpopulações com condições crônicas prioritárias
RESULTADO ESPERADO	100% dos usuários com condições crônicas prioritárias com estratificação de risco atualizada em todas as consultas de acompanhamento

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de estratificação de risco do usuário com condição crônica.	Discutir o texto de referência e o instrumento de estratificação de risco e registro das condições crônicas prioritárias					
Capacitar os profissionais de saúde sobre a estratificação de risco	Disponibilizar para os profissionais a estratificação de risco da gestante, criança menor que dois anos, hipertenso e diabético.					<ul style="list-style-type: none"> • As Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), pág. 85 • Diretrizes clínicas da SESA
	Realizar capacitação para médicos e enfermeiros					
Realizar a estratificação de risco dos usuários com condições crônicas prioritárias	Realizar avaliação do usuário com condição crônica, identificado nas subpopulações-alvo prioritárias, ou levantar os dados de consulta recente registrada no prontuário, desde que contenha os dados necessários para a estratificação.					<ul style="list-style-type: none"> • Planilha de Programação, Aba: População-alvo (anexo 2)
	Solicitar os exames laboratoriais necessários para a resultados recentes (últimos 6 meses)					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
	Realizar estratificação de risco conforme diretriz clínica, aplicando um checklist ou roteiro de referência.					
	Registrar o resultado da estratificação de risco no prontuário do usuário					
	Agendar a consulta subsequente, médica ou de enfermagem, de acordo com a periodicidade estabelecida para cada estrato de risco					
	Realizar o aprazamento de todas as consultas previstas para o próximo ano de acompanhamento					
Agendar os usuários para o acompanhamento	Realizar agendamento dos usuários com alto ou muito alto risco no centro de atenção ambulatorial especializada					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
Atualizar a estratificação de risco.	Avaliar os critérios e atualizar a estratificação de risco em todas as consultas programadas e sempre que houver algum evento clínico de relevância					
	Registrar o resultado da estratificação de risco no prontuário do usuário					
Realizar análise das subpopulações-alvo prioritárias	Consolidar os usuários por estrato de risco das condições crônicas prioritárias					
	Calcular e analisar o percentual de usuários com estratificação de risco atualizada em relação ao total de usuários com a mesma condição de saúde					
	Analisar o quantitativo de usuários por estrato de risco em relação ao estimado pela prevalência epidemiológica desses estratos					

GRUPO C

TEXTO DE APOIO 3 - A PROGRAMAÇÃO LOCAL⁽³⁾

A programação local é um dos componentes da gestão da condição de saúde e é definida a partir de uma diretriz clínica. É realizada para cada equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A programação para as condições crônicas deve ser realizada com a população residente no território, cadastrada e acompanhada pela equipe da ESF. A programação utiliza parâmetros epidemiológicos, clínicos por estrato de risco, baseados em evidências científicas, que constam nas diretrizes clínicas.

A ESF é responsável pela programação das intervenções para todos os pontos de atenção secundários, terciários e dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A equipe, por exemplo, identifica as gestantes de alto risco e, de acordo com os parâmetros de necessidades, são programadas as consultas especializadas necessárias no centro de referência (atenção secundária) e o número de leitos gerais e de cuidados intensivos na maternidade de alto risco (atenção terciária).

Assim, toda a programação das RAS, em todos os seus níveis de atenção, é realizada na ESF, a partir de necessidades reais de pessoas vinculadas a cada equipe. Desta forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se como estratégia de organização e coordenação de toda a RAS para as condições crônicas.

A programação deve ser feita por estratos de riscos, segundo parâmetros das diretrizes clínicas. A razão é que as abordagens clínicas são diferenciadas por estratos e as concentrações das ações dos profissionais de saúde variam, também, segundo esses estratos. As consultas médicas, por exemplo, são menos frequentes nos estratos de baixo e médio riscos e mais frequentes nos estratos de alto e muito alto risco.

O instrumento proposto é a Planilha de Programação Local, organizada por condição de saúde – ciclo de vida ou patologia – e estratificação de risco. Apresenta a análise de prevalência e cobertura de atendimento das condições prioritárias. Apresenta as atividades mínimas preconizadas nas diretrizes clínicas a serem executadas pela equipe para alcançar os resultados esperados. A partir da definição de metas, é estimada a carga horária necessária para o acompanhamento do quantitativo de usuários considerado, permitindo uma análise do atendimento semanal e do equilíbrio entre demandas por condições crônicas e eventos agudos. Dimensiona, também, o quantitativo de usuários com alto ou muito alto risco que precisam ser encaminhados para a atenção ambulatorial especializada e o quantitativo de exames laboratoriais necessários para a avaliação rotineira.

(3) Texto extraído do guia de estudo da Oficina: Macroprocessos para a gestão das condições crônicas. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de Gestão da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2015.

MATRIZ 3 – PROGRAMAÇÃO LOCAL

OBJETIVO	Realizar a programação local para as condições crônicas prioritárias
RESULTADO ESPERADO	Programação das condições crônicas realizada, com metas de acompanhamento definidas e pactuadas pela equipe, e equilíbrio do atendimento semanal

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de programação local para condições crônicas prioritárias.	Discutir os textos de referência e o instrumento de programação local para as condições crônicas prioritárias - a Planilha de Programação					
Realizar a programação das equipes.	Realizar reunião por equipe de saúde, reunindo todos os profissionais.					<ul style="list-style-type: none"> • O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012), pág. 397 • Diretrizes clínicas da SESA • Instrumentos de programação – Planilha de Programação (anexo 2)
	Discutir os dados de cadastro da população, retomando o perfil demográfico discutido no diagnóstico local, e registrá-lo na planilha de programação por sexo, faixa etária e ciclo da vida.					
	Registrar na planilha de programação os dados de acompanhamento das populações-alvo e analisar os cálculos sobre a subpopulação-alvo estimada - total e por estrato de risco, o quantitativo de usuários acompanhados - total e por estrato de risco, e o percentual de cobertura de atendimento.					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
	Discutir as ações de acompanhamento e propostas na planilha de programação, a partir da parametrização assistencial proposta pela diretriz clínica, e definir a meta para o ano subsequente					
	Discutir a distribuição de carga horária semanal disponível entre a atenção programada, as atividades de educação permanente e administrativas, e a atenção à demanda espontânea, verificando se há equilíbrio entre a carga horária destinada à atenção à condição crônica e ao evento agudo, realizando algum ajuste da meta programada, caso seja necessário para alcançar o equilíbrio inicial					
	Verificar o número médio de atividades programadas por semana para cada condição crônica, informação que será utilizada para a definição da agenda da equipe					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
Discutir a demanda programada para a atenção ambulatorial especializada.	Verificar o número estimado de usuários com condições crônicas prioritárias, de alto ou muito alto risco, que devem ser encaminhados para a atenção ambulatorial especializada.					
Discutir a demanda programada para o apoio diagnóstico.	Verificar o número estimado de exames necessários para o acompanhamento das gestantes, hipertensos e diabéticos, programado a partir da parametrização assistencial definida nas diretrizes clínicas.					
	Discutir com a coordenação municipal de Atenção Primária à Saúde a disponibilização de coletas necessárias.					
Monitorar as informações da planilha de programação.	Discutir mensalmente as informações da planilha de programação na reunião de equipe, atualizando o número de pacientes com condições crônicas, bem como a estratificação de risco.					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
Arquivar a planilha de programação	Arquivar adequadamente a planilha de programação, como documento oficial de gestão, registrando os dados da Capa e disponibilizando cópia para a elaboração das agendas pelas equipes					
Agendar revisão da programação	Agendar a revisão da programação após seis meses, a partir do monitoramento das agendas de atendimento definidas					

GRUPO D

TEXTO DE APOIO 4 - A AGENDA LOCAL⁽⁴⁾

A agenda de atendimentos da equipe é uma ferramenta fundamental para a organização da resposta às demandas da população.

A sua elaboração é feita pela própria equipe, considerando as diretrizes clínicas vigentes. Contempla atividades finalísticas, de assistência direta ao cidadão nos vários tipos de demanda (condição crônica e evento agudo) e nas várias modalidades (consulta, ações de prevenção, atenção compartilhada em grupo, grupos operativos, visita domiciliar e outras); atividades de educação permanente; reuniões e atividades administrativas; supervisão da equipe; mobilização e educação em saúde; interação com o controle social e outras atividades que se mostrem necessárias para a gestão da saúde da população sob sua responsabilidade.

Deve, antes de tudo, favorecer o acesso do cidadão aos serviços da unidade, de maneira ágil e não burocrática. Deve evitar a “cultura da fila”, a “cultura do não” (não tem consulta, não atendemos sem cartão etc.), a “cultura do dia do programa” (o dia do hipertenso, o dia da gestante), o fechamento em horários de almoço ou treinamento, e um tempo de espera muito prolongado.

Uma agenda bem elaborada reflete o equilíbrio entre a atenção à demanda para o evento agudo e a atenção às condições crônicas.

A atenção ao evento agudo se faz de maneira intempestiva, acionada pela pessoa

usuária em momento de manifestação de um sintoma ou sinal e sem possibilidade de uma previsão temporal (Mendes, 2011). Assim, a agenda deve ser aberta, oferecendo o atendimento durante todo o período de funcionamento da unidade e organizada na modalidade do acolhimento e classificação de risco. A análise do atendimento durante os dias da semana ou as horas do dia pode evidenciar os momentos com maior volume da demanda, em que pode ser disponibilizada uma maior dedicação dos profissionais, de maneira a reduzir o tempo de espera e evitar aglomerações e filas; e aqueles com menor afluxo de usuários, onde a agenda pode ser organizada de maneira mista, intercalando atendimentos programados e não programados.

A atenção programada aplica-se às condições crônicas. Assim, a agenda deve ofertar encontros clínicos individuais ou atendimentos por grupos de profissionais. O agendamento deve ser feito com hora marcada, sendo discutido com o usuário o melhor horário para ele e esclarecido que deve comparecer apenas um pouco antes do atendimento, o suficiente para a sua confirmação. Isso evitará longos períodos de espera e aglomerações na unidade.

Deve-se evitar a agenda restritiva com “dias de programas”, visto que unidades que aboliram esta prática constataram uma redução no absenteísmo. Os atendimentos subsequentes, no final de uma consulta de acompanhamento, deverão ser agendados diretamente pelo próprio profissional na agenda do profissional e comunicados ao usuário, evitando assim uma circulação desnecessária e multiplicação dos atendimentos. As consultas programadas para as condições crônicas deverão ser agendadas para o período de um ano, de acordo com a estratificação de risco, segundo os parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas.

A hipótese de distribuição da carga horária disponível na agenda semanal é definida a partir do estudo da demanda para os eventos agudos na unidade e da programação para as condições crônicas prioritárias, tendo atenção para o direcionamento correto do usuário aos vários setores, serviços da unidade, evitando a sobrecarga equivocada de alguns fluxos.

O vínculo da equipe com a sua população de responsabilidade pode ser favorecido e fortalecido pela organização da agenda, desde que as demandas de atendimento sejam respondidas pela própria equipe. Na atenção aos eventos agudos, o acolhimento, classificação de risco e consulta são direcionados inicialmente para a própria equipe e, em casos de impedimento ou ausência, para os profissionais de outras equipes. Na atenção programada, o acompanhamento, principalmente de crianças e gestantes, é agendado para o médico e enfermeiro da equipe.

Uma vez implantada, a agenda deve ser monitorada semanalmente. O gerente da unidade verificará o percentual de absenteísmo, fazendo uma investigação de suas causas no caso de uma alta taxa, o equilíbrio entre a atenção à demanda para os eventos agudos e para as condições crônicas, o tempo de espera para os vários atendimentos, o desempenho dos profissionais e equipes, a satisfação dos usuários, o desenvolvimento do fluxo de atendimento e outros aspectos.

Todas as regras definidas para o agendamento devem ser pactuadas com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde e de conhecimento de toda a equipe, Conselho Local de Saúde e comunidade.

(4) Texto extraído do guia de estudo da Oficina: Macroprocessos para a gestão das condições crônicas. Escola de Saúde Pública do Ceará. Curso de Gestão da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, 2015.

MATRIZ 4 – A AGENDA LOCAL

OBJETIVO	Implantar a agenda de atendimento das equipes.
RESULTADO ESPERADO	Agenda das equipes implantada e monitorada.

O que?	Como?	Quem?	Onde?	Quando?	Recursos necessários	Documentos de referência
Realizar alinhamento conceitual sobre o processo de agenda de atendimentos	Discutir os textos de referência e o roteiro para organização da agenda de atendimentos.					Orientações para construção da agenda local (anexo 3)
Elaborar a agenda das equipes	Realizar reunião com toda a equipe para elaboração da agenda, dando sequência à programação da atenção aos crônicos e análise da atenção aos eventos agudos					
	Definir os horários de início e término do atendimento de cada profissional, assim como os intervalos para almoço					
	Levantar os dados de carga horária total e a disponível para o atendimento, educação permanente e atividade administrativa					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
	Levantar a carga horária necessária para a atenção às condições crônicas prioritárias, a partir do cálculo da planilha de programação.					
	Extrair da aba “Agenda” na planilha de programação as atividades por semana, necessárias para atendimento de criança, gestante, hipertensos e diabéticos.					
	Distribuir essas atividades nos horários de atendimento disponíveis, elaborando a agenda-espelho, validar e pactuar com todos os profissionais.					
Implantar a agenda de atendimento	Discutir as regras de agendamento com os profissionais da unidade.					
	Disponibilizar a agenda-espelho					
	Iniciar o agendamento de acordo com as regras definidas e agenda-espelho					

O que? (CONT.)	Como? (CONT.)	Quem? (CONT.)	Onde? (CONT.)	Quando? (CONT.)	Recursos necessários (CONT.)	Documentos de referência (CONT.)
Monitorar a agenda	Verificar o cumprimento ou não do agendamento proposto, com periodicidade semanal, identificando as falhas e dificuldades					
	Discutir com a equipe e implementar as correções necessárias					

ATIVIDADE 8

PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: A PROGRAMAÇÃO LOCAL E A AGENDA PROGRAMADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (1h)

DESCRIÇÃO:

1 - Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese da matriz proposta na atividade 7.

2 - O coordenador da plenária conduzirá a discussão e o fechamento da questão em estudo.

ORIENTAÇÃO PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO

Dispersão

O período de dispersão é o intervalo entre as oficinas, destinado tanto ao compartilhamento dos conteúdos com todos os membros de cada equipe e conselhos locais de saúde, bem como à realização dos produtos propostos. O intervalo entre as oficinas será em torno de 30 a 40 dias.

Tutoria

Nesse período, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) contarão com o apoio de tutores. O papel do tutor é acompanhar as equipes no período de dispersão, dar o suporte à efetivação dos produtos e proceder à avaliação dos mesmos.

Ao final do período de dispersão, os tutores deverão encaminhar o conjunto dos produtos realizados por todas as equipes para a Referência Regional do município. Cabe a este ator no processo avaliar os produtos e prestar conta aos gestores municipais e estadual.

Produtos

Com relação à Oficina 3, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- Identificação dos grupos prioritários: gestantes, crianças menores de 2 anos, hipertensos e diabéticos;

- Estratificação de risco dos grupos prioritários, conforme critérios estabelecidos nas diretrizes clínicas;
- Programação para os grupos prioritários, conforme parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas; e
- Agenda local para atenção aos grupos prioritários.

Prazos

As equipes devem entregar um relatório sobre os produtos antes da realização da próxima oficina. Os tutores, por sua vez, devem realizar uma análise dos produtos e encaminhá-los a Referência Regional, que fará uma sistematização para discussão na Comissão Intergestora Regional (CIR).

AVALIAÇÃO DA OFICINA

Para a avaliação da Oficina, serão pactuadas metas para os seguintes indicadores:

- Percentual de comparecimento dos profissionais e gerentes da APS às oficinas, por equipe, por município e o total;
- Percentual de produtos concluídos por oficina, por equipe, por município e o total;
- Percentual de aproveitamento dos profissionais e gerentes da APS nas oficinas, por equipe, por município e o total.

Já em relação à avaliação do participante, será distribuído um instrumento próprio para que cada pessoa possa compartilhar sua percepção sobre a Oficina 3.



ANEXO 1 - A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA AS CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS⁽⁵⁾

FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

UBS:	ACS:		
Nome:	Sexo:	DN: ___/___/___	
Endereço:	PA:	Peso:	Altura:
Médico responsável e carimbo:			Data: ___/___/___
Medicação em uso:			
1 - Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus - DM			
2 - Classificação da PA: <input type="checkbox"/> Estágio I <input type="checkbox"/> Estágio II <input type="checkbox"/> Estágio III <input type="checkbox"/> HAS com PA controlada			
3 - Controle Metabólico: GJ = _____; GPP = _____; HbA1c = _____			
4 - Sinais e Sintomas de Hiperglicemia (Obs.: considerado apenas se DM): <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Perda de peso inexplicada <input type="checkbox"/> Visão embaçada ou turva <input type="checkbox"/> Fraqueza, fadiga e letargia <input type="checkbox"/> Dor e/ou sensação de queimação em membros inferiores <input type="checkbox"/> Infecções de repetição de difícil resolução			
5 - Fatores de Risco (FR): (Obs.: considerado apenas se diagnóstico de HAS; tem que quantificar): <input type="checkbox"/> Sexo: M <input type="checkbox"/> Idade: M>55 ou F>65 <input type="checkbox"/> IMC \geq 30 <input type="checkbox"/> CC: M>102 ou F>88 <input type="checkbox"/> Dislipidemia: TG \geq 150 e/ou LDL>100 e/ou HDL (M<40 ou F<46) <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> TOTG: anormal <input type="checkbox"/> GJ: 100-125 <input type="checkbox"/> História Familiar prematura de DCV: M<55; F<65			
6 - Lesões Subclínicas em Órgãos Alvo (LOA) (Obs.: basta um, mas pode ser mais): <input type="checkbox"/> ECG e/ou ECO: Hipertrofia do ventrículo esquerdo <input type="checkbox"/> US de Carótidas: Espessura medio-intimal > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma <input type="checkbox"/> Índice tornozelo braquial: < 0,9 <input type="checkbox"/> TFG ou clearance de creatinina: 30-60 ml/min <input type="checkbox"/> Microalbuminúria (mg/24h) ou relação albumina/creatinina (amostra isolada, mg/g): 30-300 <input type="checkbox"/> Retinopatia diabética não proliferativa; sem edema de macula <input type="checkbox"/> Pé diabético com perda da sensibilidade protetora, sem doença arterial periférica e/ou deformidades dos pés			

(5) Material extraído das diretrizes clínicas da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, discutido na I Oficina Estadual de Validação das Diretrizes Clínicas. Ceará, 2016.

6 – Lesões Subclínicas em Órgãos Alvo (LOA) (Obs.: basta um, mas pode ser mais):

- ECG e/ou ECO: Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- US de Carótidas: Espessura medio-intimal > 0,9 mm ou presença de placa de ateroma
- Índice tornozelo braquial: < 0,9
- TFG ou clearance de creatinina: 30-60 ml/min
- Microalbuminúria (mg/24h) ou relação albumina/creatinina (amostra isolada, mg/g): 30-300
- Retinopatia diabética não proliferativa; sem edema de macula
- Pé diabético com perda da sensibilidade protetora, sem doença arterial periférica e/ou deformidades dos pés

7 – Condições Clínicas Associadas (CCA) (Obs.: basta um, mas pode ser mais):

- Doença Cerebrovascular: AIT, AVEI, AVEH, alteração da função cognitiva
- Doença Cardíaca: infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca
- Doença Renal: déficit importante de função (clearance < 30 ml/min); proteinúria (> 300 mg/24h)
- Retinopatia diabética proliferativa, edema de macula ou hemorragias
- Pé diabético com perda da sensibilidade protetora + presença de doença arterial periférica e/ou deformidades dos pés; histórico de úlcera ou amputação

8 – Estratificação de Risco (ER) (Obs.: deve ser automático, seguindo tabela 1, se apenas diagnóstico de HAS ou seguindo tabela 2, se diagnóstico de DM com ou sem HAS):

- Baixo Médio Alto Muito Alto

*Pressão Arterial (PA); Glicemia Jejum (GJ); Glicemia Pós-Prandial (GPP); Hemoglobina Glicada (HbA1c); Doença Cardiovascular (DCV); Membros Inferiores (MMII); †Masculino (M); Feminino (F); Circunferência da Cintura (CC); ‡Triglicérides (TG); Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG); Taxa de Filtração Glomerular (TFG); Ataque Isquêmico Transiente (AIT); Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI); Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH); ††Pressão Arterial Sistólica (PAS); Pressão Arterial Diastólica (PAD).

Tabela 1. Estratificação do risco cardiovascular global de HAS x classificação da PA.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (ER)	CLASSIFICAÇÃO DA PA		
	ESTÁGIO I PAS = 140 - 159 e/ou PAD = 90-99	ESTÁGIO II PAS = 160 - 179 e/ou PAD = 100 - 109	ESTÁGIO III PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110
BAIXO	· Sem FR, de LOA e CCA		
MÉDIO	· Com 1 ou 2 FR, e · Sem DM, LOA e CCA	· Sem ou até 2 FR, e · Sem DM, LOA e CCA	
ALTO	· ≥ 3 FR e/ou DM e/ou LOA e sem CCA		· Sem FR, LOA e CCA
MUITO ALTO	· Com CCA		· Com FR e/ou LOA e/ou CCA

*Fatores de Risco (FR); Lesões subclínicas de órgãos alvo (LOA); Condições clínicas associadas (CCA);

Hipertenso em seguimento:

1. Com a PA controlada + DM, segue a tabela de ER para DM (Tabela 2);
2. Com a PA controlada, sem DM, segue igual a ER descrita para Estágio I.
3. Com a PA não controlada, sem DM, segue a ER conforme o quadro acima.

Tabela 2. Estratificação do risco de paciente com Diabetes Mellitus.

RISCO	CRITÉRIOS						
	Glicemia de Jejum GJ (mg/dl)	Glicemia pós-prandial GPP (mg/dl)	Hemoglobina Glicada HbA1c (%)	Sinais e sintomas de hiperglicemia	Nível Pressórico (mmHg)	LOA e/ou Neuropatia Diabética	CCA
Baixo	Pre-diabetes: glicemia de jejum alterada ou intolerância a sobrecarga de glicose ou 5,7 = HbA1c < 6,5				PAS < 130 e PAD < 85 (ótimo ou normal)	Ausente	Ausente
	= 130	= 180	= 7	Ausente			
Médio	130 < GJ = 150	180 < GPP = 200	7 < HbA1c = 8	Ausente	130 = PAS < 140 85 = PAD < 90 (Limitrofe)	Ausente	Ausente
Alto	150 < GJ < 200	200 < GPP < 270	8 < HbA1c < 9	Presente ou Ausente	Estágio I ou II	Presente ou Ausente	Ausente

Nota 1: Quando há critérios em riscos diferentes, o de maior risco deve ser utilizado para determinar a estratificação de risco.

Nota 2: Quando determinado o risco como alto ou muito alto, sem presença de LOA e/ou CCA, devem ser esgotadas as possibilidades de redução de risco com MEV e medicações habituais pela equipe da atenção primária, por um período mínimo de 06 (seis) meses, antes do encaminhamento para a atenção especializada.

Nota 3: Os níveis glicêmicos devem ser avaliados através da glicemia plasmática, e quando não disponível pode-se utilizar a glicemia capilar.

Risco baixo: indivíduos com pré-diabetes, pois tem maior risco para desenvolvimento do DM, e aqueles com DM que apresentam controle glicêmico adequado ($GJ = 130\text{mg/dl} + GPP = 180\text{mg/dl} + A1c \leq 7\%$); não apresentam sinais/sintomas de hiperglicemia; apresentam níveis pressóricos ótimos ou normais; e não apresentam LOA ou CCA.

Risco médio: indivíduos com controle glicêmico inadequado dentro dos seguintes parâmetros: $130\text{mg/dl} < GJ = 150\text{mg/dl} + 180\text{mg/dl} < GPP = 200\text{mg/dl} + 7\% < HbA1c \leq 8\%$; não apresentam sinais/sintomas de hiperglicemia; níveis pressóricos limitrofes; e não apresentam LOA ou CCA

Risco alto: indivíduos com controle glicêmico inadequado dentro dos seguintes parâmetros: $150 < GJ < 200\text{mg/dl} + 200\text{mg/dl} < GPP < 270\text{mg/dl} + 8\% < HbA1c < 9\%$; podem ou não apresentar sintomas de hiperglicemia; níveis pressóricos no estágio I ou II; apresentando ou não LOA; porém sem apresentar CCA.

Risco muito alto: indivíduos com controle glicêmico inadequado acima dos seguintes parâmetros: $GJ = 200\text{mg/dl} + GPP = 270\text{mg/dl} + HbA1c \leq 9\%$; com níveis pressóricos no estágio I ou II com LOA e CCA, assim todos que apresentam níveis pressóricos no estágio III, independente de terem ou não LOA ou CCA.

IMPORTANTE

- Pacientes portadores de DM e HAS devem ser estratificados de acordo com as diretrizes de Diabetes
- Pacientes com níveis pressóricos no estágio III, independente do controle glicêmico e da presença ou não de LOA ou CCA, são considerados de muito alto risco;
- Pacientes com CCA, independente do controle glicêmico e/ou pressórico, são considerados de muito alto risco.

Quadro 19. Identificação de lesões subclínicas em órgãos alvos (LOA)⁽⁴¹⁾

ECG com HVE (Sokolow-Lyon $> 35\text{ mm}$; Cornell $> 28\text{ mm}$ para homens [H] ou $> 20\text{ mm}$ para mulheres [M])

ECO com HVE (índice de massa de VE $> 134\text{ g/m}^2$ em H ou 110 g/m^2 em M)

Espessura médio-intimal de carotídeo $> 0,9\text{ mm}$ ou presença de placa de aterosclerose

Índice tornozelo braquial (ITB) $< 0,9$

Taxa de filtração glomerular ou *clearance* de creatinina de $30\text{-}60\text{ ml/min}$

Microalbuminúria $30\text{-}300\text{ mg/24 horas}$ ou relação albumina/creatinina $30\text{-}300\text{ mg/g}$

Retinopatia diabética não proliferativa e sem edema de macula

Pé diabético de risco 1 (ver Quadro ____)

Fonte: Adaptado da VI Diretrizes da SBH.

Quadro 20. Condições clínicas associadas a hipertensão arterial (CCA)⁽⁴¹⁾

<p>Doença cerebrovascular: AVEI, AVEH, AIT, alteração da função cognitiva > 20 mm para mulheres [M]</p> <p>Doença cardíaca: infarto, angina, revascularização coronária, insuficiência cardíaca</p> <p>Doença renal: déficit importante de função (<i>clearance creatinina</i> < 30 ml/min, e/ou proteinúria > 300mg/24 h)</p> <p>Retinopatia diabética avançada: RDP e/ou edema de macula</p> <p>Pé diabético de risco 2 ou 3 (ver Quadro ____)</p>

Fonte: VI Diretrizes da SBH.

PARAMETRIZAÇÃO DAS CONSULTAS

Tabela 3. Periodicidade das avaliações subsequentes, de acordo com a estratificação de risco modificada.

Risco*	Consulta médica	Consulta enfermagem	Consulta odontologia	Consulta nutricionista	Atividade Educativa em grupos
Baixo risco	Anual	Anual	Anual	Anual	Trimestral
Médio risco	Semestral	Semestral	Anual	Anual	Trimestral
Alto risco	++ Semestral	++ Semestral	Semestral	Semestral	Semestral
Muito alto risco	++ Semestral	++ Semestral	Semestral	Semestral	Semestral

*Fonte: Caderno 37 (Hipertensão Arterial) /MS,2013 e Diretriz Clínica de Hipertensão Arterial da Prefeitura de Fortaleza, 2015.

*Em todos os atendimentos, consultas e grupos operativos deverão realizar a aferição da PA e, se necessário, encaminhar o paciente para consulta e nova estratificação.

++ As consultas nos centros de atenção secundária serão complementares ao atendimento realizado na APS. Deverão ser realizadas:

- Alto risco: 2 consultas por ano (cardiologia). O paciente com doença renal seguirá a Diretriz de Doença Renal Crônica do MS);

- Muito alto risco: 2 consultas por ano (cardiologia). O paciente com doença renal seguirá a Diretriz de Doença Renal Crônica do MS).

Nota: Nos centros de Atenção Secundária, as consultas devem acontecer conjuntamente, inclusive com nutricionista.

PARAMETRIZAÇÃO DE AVALIAÇÕES DE ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM DIABETES

Quadro 21. Periodicidade das avaliações na Atenção Primária a Saúde (APS).

Risco	Nº mínimo de consultas/ano – Atenção Primária (APS)				
	Médico	Enfermeiro (Avaliação Pé diabético)	Nutricionista	Odontólogo	Grupos Educativos (Equipe UAPS/NASF)
Baixo	Anual	Anual	Se necessário	Anual	Trimestral
Médio	Semestral	Anual	Anual	Anual	Trimestral
Alto	Semestral	Semestral	Semestral	Anual	Semestral
Muito alto	Semestral	Semestral	Trimestral	Anual	Semestral

Quadro 22. Periodicidade de avaliações na Atenção Especializada (AE)

Risco	Nº mínimo de consultas/ano – Atenção Secundária (AE)					
	Endocrinologista	Cardiologista*	Oftalmologista**	Nefrologista*	Vascular	Neurologista
Baixo	-		Anual		Se necessário	Se necessário
Médio	-		Anual		Se necessário	Se necessário
Alto	Semestral		Anual		Se necessário	Se necessário
Muito alto	Quadrimestral		Anual		Se necessário	Se necessário

(*) Os encaminhamentos para estes especialistas devem seguir as orientações das diretrizes de HAS e doença renal crônica

(**) Isto é o mínimo necessário, porém mais consultas poderão ser necessárias de acordo com a avaliação do médico assistente ou oftalmologista.

IMPORTANTE:

1. Pacientes de risco baixo ou moderado devem ter seu cuidado concentrado na APS;
2. Pacientes de alto ou muito alto risco, assim estratificados por controle glicêmico e/ou pressórico inadequado, porém sem apresentarem LOA e/ou CCA, devem ser acompanhados na APS por um período mínimo de **06 (seis) meses** e apenas se persistirem descompensados, devem ser encaminhados para acompanhamento conjunto na AE;

3. Pacientes de alto ou muito alto risco, mas que estejam com controle glicêmico e pressorico satisfatorio podem ter seu acompanhamento na AE apenas semestralmente;
4. Pacientes que apresentarem CCA devem sempre ter acompanhamento conjunto na APS e AE;
5. Pacientes portadores de DM tipo 1, DMG ou diabetica gravida, devem sempre ter acompanhamento conjunto na APS e AE.

Tabela 4. Parametros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal Crônica, segundo os estagios/necessidade de procedimentos/categoria exame/procedimento.

Procedimento/ Estágio	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3a	Estágio 3b	Estágio 4
Sumário de urina	1	1	1	2	4
Ureia e Creatinina	1	1	1	2	4
TFG	1	1	1	2	4
Potássio	1	1	1	2	4
RAC	1	1	1*	2	2
Hb e Ht	-	-	1	1**	4**
Cálcio iônico e fósforo	-	-	1	1	4
PTH	-	-	1	1	2
Anti-HBS	-	-	-	-	1
Anti-Hcv, HbsAg e HIV	-	-	-	-	-
Ultrassom rins e vias urinárias	1	-	-	-	-

Fonte: Diretriz Clínica de DRC, MS, 2014.

*Relação Albumina/creatinina (RAC)

Estagio 3a: a dosagem sera semestral se RAC > 30mg/g

**Hemoglobina (Hb) e hematocrito (Ht)

Se anemia, solicitar indice de saturação da transferrina (IST) e ferritina

FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA GESTANTE

I. Identificação

Nome: _____ CNS: _____

Endereço: _____

Bairro/Distrito: _____ Tel: _____

Data provavel do parto: ____/____/____ Escolaridade: _____

Equipe: _____ ACS: _____

Maternidade de referencia: _____

II. Estratificação de risco

Apos avaliação da gestante estratifique o risco marcando com o X qual o risco a que a gestante foi classificada.

BAIXO RISCO (todos os 04 itens precisam ser assinalados)

1. Idade entre 15 e 34 anos. ()
2. Gravidez planejada ou desejada ()
3. Intervalo interpartal maior que um ano ()
4. Ausencia de intercorrencias clinicas e/ou obstetricas na gravidez anterior e/ou na atual. ()

RISCO INTERMEDIÁRIO (pelo menos um item precisa ser assinalado)

1. Idade menor que 15 e maior que 34 anos ()
2. Ocupação: exposicao a agentes fisicos, quimicos,biologicos nocivos, estresse ()
3. Uso de drogas ()
4. Desnutricao fetal ()
5. Cirurgia uterina anterior menor que um ano ()
6. Intervalo interpartal menor que um ano ()
7. Infecção urinaria (podendo ser conduzido na atencao primaria ()
8. Ocupação: esforço fisico, carga horaria, rotatividade de horario ()
9. Situação conjugal insegura ()
10. Baixa escolaridade (< 4 anos) ()
11. Tabagista ()
12. Altura menor que 1,45 m()

1. Nuliparidade e Multiparidade ()
2. ~Gravidez nao planejada ou indesejada ()

() **Gestação de Alto Risco (pelo menos um item precisa ser assinalado)**

História reprodutiva anterior:

1. Morte perinatal explicada e inexplicada ()
2. Abortamento habitual ()
3. Esterilidade/infertilidade ()
4. ´Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; com mau resultado obstetrico e perinatal ()
5. Prematuridade ()
6. Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar ()

Na gravidez atual:

1. ~Malformação Fetal ()
2. ´Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de liquido amniotico ()
3. ~Gestação multipla ()
4. Ganho ponderal inadequado ()
5. Diabetes gestacional ()
6. ~Hemorragias da gestação ()
7. *Cardiopatias (reumaticas, congenitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites ~na gestação) ()
8. ´Pneumopatias (asma em uso de medicamentos continuos, DPOC)()
9. Nefropatias (insuficiência renal, rins policisticos, pielonefrite de ~repetição) ()
10. Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo)()
11. Hemopatias ()
12. Epilepsia ()
13. *Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV)()
14. ´Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.) ()
15. ~Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diametro > (4 cm ou ´multiplos e miomas submucosos, utero bicornio) ()
16. *Cancer: os de origem ginecologica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez ()
17. ~Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por nao interromper a gravidez ~ou nao houve tempo habil para a sua interrupção legal ()
18. ~Isoimunização ()

1. *Infecção urinária de repetição ()
2. Doenças neurológicas ()
3. Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento (psicose, depressão grave) ()
4. Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar ()

III. Gestante entra nos critérios de gestão de caso? ()SIM ()NAO

1. Adolescente de 10 a 19 anos? ()
2. Escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo? ()

FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SAÚDE DA CRIANÇA

FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SAÚDE DA CRIANÇA

Nome: _____ DN: ___/___/___

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro/Distrito: _____ Telefone: _____

Equipe: _____ ACS: _____

Bolsa Família: () Sim () Não

() Baixo Risco:

- () Pré-natal sem intercorrências;
- () Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;
- () Peso ao nascer = 2,5 kg;
- () Apgar = 8, no 5º min.;
- () Sem reconhecimento de patologia específica;
- () Bom suporte familiar;
- () Mãe com mais de 8 anos de estudo;
- () Vacina em dia;
- () RN com triagem neonatal realizada

() Médio Risco: (1 fator biológico ou estilo de vida – obrigatoriamente e 1 dos dois abaixo – pelo menos 1 obrigatoriamente, relacionado ao campo socioeconômico ou fator dependente da oferta de serviços de saúde)

➤ **Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida**

- () Prematuro limite (37 semanas);
- () Mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- () Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- () Morte materna;
- () Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos
- () História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;
- () Criança manifestamente indesejada.
- () Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

➤ **Fatores relacionados ao campo socioeconômico:**

-) Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
-) Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e ou solteira;
-) Filho de mãe sem suporte familiar;
-) Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
-) Chefe de família sem fonte de renda;
-) Filhos de mãe de etnia indígena.

➤ **Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde**

-) Vacina atrasada;
-) RN sem triagem neonatal.

) **Alto Risco:** (1 Fator biológico arbitrariamente)

-) Prematuridade (abaixo de 37 s);
-) Má formação congênita;
-) Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar - ASFIXIA GRAVE: Apgar <7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;
-) Filho de mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;
-) RN com triagem neonatal positiva;
-) RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;
-) Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação.
-) Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
-) Desnutrição e obesidade grave
-) Criança portadora de alergias alimentares
-) Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;
-) Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
-) RN com triagem neonatal positiva;
-) Mãe com transtornos psiquiátricos (moderado a severo); Ex: esquizofrenia, psicose, depressão;
-) Mãe portadora de deficiência ou com restrição que impossibilite o cuidado da criança;
-) Criança menores de 6 meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo
-) Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

GESTANTE E CRIANÇA MENOR DE DOIS ANOS
--

Quadro 1 - Condições clínicas associadas aos tipos de risco na gestação.

NÍVEL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Risco Habitual	<p>Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: Idade entre 16 e 34 anos; Gravidez planejada ou desejada.</p> <p>História reprodutiva anterior: Intervalo interpartal maior que um ano.</p> <p>Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.</p>
Risco Intermediário	<p>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade menor que 16 e maior que 34 anos; Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; Situação conjugal insegura; Baixa escolaridade (< 4 anos); Tabagista; Altura menor que 1,45 m; IMC < 19 ou > 30; Uso de drogas.</p> <p>História reprodutiva anterior: Desnutrição fetal ou malformação; Nuliparidade e multiparidade; Cirurgia uterina anterior; Intervalo interpartal menor que um ano.</p> <p>Intercorrências clínicas/obstétricas na gravidez atual: Infecção urinária; Outras patologias não classificadas como de alto ou de muito alto risco.</p>

Alto Risco	<p>Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dependência química de drogas. <p>História reprodutiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> Morte perinatal explicada e inexplicada; Abortamento habitual; Esterilidade/infertilidade; Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Prematuridade <p>Doença obstétrica na gravidez atual controlada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico; Gestação múltipla; Ganho ponderal inadequado; Diabetes gestacional; Hemorragias da gestação. <p>Intercorrências clínicas (patologias controladas):</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecção urinária de repetição; Hipertensão arterial; Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação); Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC); Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição); Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV); Doenças autoimunes (lupus eritematoso, artrite reumatóide, etc.); Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorne); Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez; Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal.
-------------------	--

	<p>Fatores de risco gestacional:</p> <p>Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada;</p> <p>Intercorrências clínicas – patologias não controladas;</p> <p>Malformações fetais;</p> <p>Isoimunização.</p>
--	--

Quadro 2 – Condições clínicas associadas aos tipos de risco na criança menor de dois anos.

NÍVEL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Risco Habitual	~Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.
Risco Intermediário	<ul style="list-style-type: none"> - ~Filhos de mãe negra e indígena; - ~Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos; - ~Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos; - ~Filhos de mães com menos de 20 anos e com 1 filho morto anteriormente; - ~Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos; - ~Filhos de mães que morreram no parto/puerperio.
Alto Risco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida); ▪ Baixo peso ao nascer; ▪ ~Desnutrição grave; ▪ Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; ▪ ~Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

Quadro 3 - Parâmetros populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil: proposições relacionadas aos parâmetros primários que definem a população-alvo das ações propostas.

População alvo	Parâmetro proposto
Estimativa de total de gestantes	<p>Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior $\times 1,05$ *</p> <p>Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a estimativa total de gestante, também pode ser considerado para determinado territórios: “Número de nascidos vivos do ano anterior + 10%”.</p>
Gestantes de Risco Habitual	70% das gestantes estimadas
Gestante de risco intermediário	15% das gestantes estimadas
Gestantes de Alto Risco	15% das gestantes estimadas
Estimativa do número total de recém-nascidos	*Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados (= SINASC \times Fator de correção do sub-registro 1,05 *)
Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses	*Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - número de óbitos ocorridos no período neonatal (= Nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro $\times 0,99$)
Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses	Número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados - proporção de nascidos vivos que morreram no primeiro ano de vida (=nascidos vivos SINASC \times fator correção sub-registro $\times 0,98$)
População feminina em idade fértil	0,33 \times (População total TCU projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado)

Quadro 4 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes.

NIVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
<p>AB - Atenção Básica AAE - Atenção Ambulatorial Especializada</p>	`Consulta medica (pre-natal)	3 consultas/gestante
	`Consulta de puerperio	1 consulta/gestante
	Consulta de enfermagem	3 consultas/gestante
	`Consulta odontologica	1 consulta/gestante
	~Ações educativas Unid/gestante	~4 reunioes/ gestante
	ABO	1 exame / gestante
	Fator RH	1 exame / gestante
	Teste <i>Coombs</i> indireto para RH negativo	1 exame/30% total gestantes
	EAS	2 exames / gestante
	Glicemias	<p>1 exame / gestante</p> <p>Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, para a quantidade de exame de Glicemia por gestante, também pode ser considerado: "2 exames / gestante".</p>
	`Dosagem proteinuria-fita reagente	1 exame/30% total gestantes
	VDRL	2 exames / gestante
	`Hematocrito	2 exames / gestante
Hemoglobina	2 exames / gestante	
Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestantes que nunca realizaram o exame, ~ou que nao tenham exame positivo em outras	

	HBSAg	1 exame / gestante
	Anti-HIV1 e Anti-HIV2	2 exames / gestante
	Eletroforese de hemoglobina	1 exame / gestante
	Ultrassom obstetrico	1 exame / gestante
	Citopatologico cervico-vaginal	1 exame / gestante
	Cultura de bacterias para identificação (urina)	1 exame / gestante

QUADRO 5 - Parâmetros assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para as gestantes de alto risco.

NIVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Consulta especializada obstetricia	5 consultas/gestante
	Teste de tolerancia a glicose	1 teste/gestante de alto risco
	ECG-Eletrocardiograma	1 exame/30% gestantes alto risco
	Ultrassom obstetrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
	Ultrassom obstetrico	2 exame/gestante de alto risco
	Tocardiografia ante-parto	1 exame/gestante de alto risco
	Contagem de plaquetas	1 exame/30% gestantes alto risco
	Dosagem de ureia, creatinina e ácido urico	1 exame/gestante de alto risco
	Consulta psicossocial	1 exame/gestante de alto risco
	Dosagem de proteínas	1 exame/gestante de alto risco

Quadro 6 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 0 a 12 meses.

NIVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Visita domiciliar ao RN na primeira semana	1 visita na 1ª semana de vida
	´Consulta medica para RN >2500 g	RN com peso = 2.500g (92% ~da população alvo) = 3 consultas/ano
	Consulta enfermagem para RN >2500 g	RN com peso = 2.500g (92% ~da população alvo) = 4 consultas/ano
	´Consulta medica para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da ~população alvo) = 7 consultas/ano
	Consulta enfermagem para RN <2500 g	RN com peso < 2.500g (8% da ~população alvo) = 6 consultas/ano
	´Acompanhamento específico do RN egressos de UTI de ate 24 meses	De acordo com necessidade
	~Vacinação basica	de acordo com o protocolo de ~vacinação
	Teste do pezinho (*)	´1 exame ate o 7º dia
	Teste da orelhinha (*)	1 exame. Dependendo do ´diagnostico, pre-teste com especialista
	Teste do olhinho (*)	4º, 6º, 12º e 25º meses. 1º teste deve ser realizado logo ´apos o nascimento
	Sulfato ferroso	Profilaxia dos 6 aos 18 meses
	Vitamina A	~Em areas endemicas
	´Consulta odontologica	2 consultas/ano - a partir do 1º dente e aos 12 meses
	´Exames (apoio diagnostico e ^terapeutico)	´De acordo com diagnostico e necessidade
	Consultas de especialidades	´De acordo com diagnostico e necessidade
	Consulta /atendimentos de ~reabilitação	´De acordo com diagnostico e necessidade
Atividade educativa em grupo nas ´unidades basicas de saude para ~maes de crianças menores de 1 ano	~2 a.e./população coberta/ano	

(*) Observações:

Conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha:

- a atual orientação da área Técnica para o Teste do Pezinho e de que o primeiro teste seja realizado do 3º ao 5º dia;

- a Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal - orienta a realização do primeiro exame do teste da orelhinha entre 24 a 48 horas após o nascimento e no máximo no primeiro mês de vida;

- as Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais - orienta, além do teste do olhinho padrão descrito na tabela acima, a Triagem oftalmoscopia indireta (Fundo de Olho) para Crianças Pre-maturas com Peso ao nascer < 1500g e/ou IG < 35 semanas, 2 a 3 vezes ao ano nos 2 primeiros anos de vida.

QUADRO 7 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 12 a 24 meses.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AB - Atenção Básica AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Consulta médica	2 consultas/ano
	Consulta de enfermagem	1 consultas/ano
	Consultas de especialidades	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 a 10 anos	~1 a.e./população coberta/ano
	Vacinação básica	De acordo com protocolo de vacinação
	Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Consulta/atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade
	Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura)	De acordo com diagnóstico e necessidade

Quadro 8 - Fluxo de atenção na Rede de Atenção Materno-Infantil.

ESTRATO DE RISCO GESTACIONAL	PRÉ-NATAL	PARTO
Risco habitual	Unidade Basica de Saude	Maternidade de Risco Habitual
Risco intermediário	Unidade Basica de Saude	Maternidade de Risco Habitual/ intermediario
Alto risco	Unidade Basica de Saude + Policlínica / Serviços de Referencia para Gestação de Alto Risco	Maternidade de Alto Risco

ANEXO 2 – PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

Versão 01 - 18/março/2016

IDENTIFICAÇÃO (registrar o nome):

CRES:	
UBS:	
Equipe:	
Responsável:	

PROGRAMAÇÃO

Data da programação:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(dia) / (mês) / (ano)
Período da programação:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> a <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(dia) / (mês) / (ano) a (dia) / (mês) / (ano)
Revisão:	<input type="text"/> em <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	(número) em (dia) / (mês) / (ano)



CADASTRO FAMILIAR

OUTRAS INFORMAÇÕES

CICLO DE VIDA	FAIXA ETÁRIA	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%
CRIANÇA	< 1 mês			0	#DIV/0!
	1 a 11 meses			0	#DIV/0!
	12 a 23 meses			0	#DIV/0!
	2 a 4 anos			0	#DIV/0!
	5 a 9 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal crianças		0	0	0
ADOLESCENTE	10 a 14 anos			0	#DIV/0!
	15 a 19 anos			0	#DIV/0!
	Subtotal adolescentes		0	0	#DIV/0!
ADULTO	20 a 24 anos			0	#DIV/0!
	25 a 29 anos			0	#DIV/0!
	30 a 34 anos			0	#DIV/0!
	35 a 39 anos			0	#DIV/0!
	40 a 44 anos			0	#DIV/0!
	45 a 49 anos			0	#DIV/0!
	50 a 54 anos			0	#DIV/0!
	55 a 59 anos			0	#DIV/0!
Subtotal adultos		0	0	0	#DIV/0!
IDOSO	60 a 64 anos			0	#DIV/0!
	65 a 69 anos			0	#DIV/0!
	70 a 74 anos			0	#DIV/0!
	75 a 79 anos			0	#DIV/0!
	≥ 80 anos			0	#DIV/0!
Subtotal idosos		0	0	0	#DIV/0!
TOTAL		0	0	0	#DIV/0!

SINASC (último ano fechado)

Ano	
Nascidos vivos	

Obs: onde não for conhecido o número de Nascidos Vivos, considerar, para efeito de programação, o total de crianças de 0 a 11 meses.

HIPERTENSÃO

Total de hipertensos	20,0%	da população acima de 20 anos	0	#DIV/0!
- Risco baixo	20,0%	dos hipertensos	0	#DIV/0!
- Risco moderado	45,0%	dos hipertensos	0	#DIV/0!
- Risco alto	30,0%	dos hipertensos	0	#DIV/0!
- Risco muito alto	5,0%	dos hipertensos	0	#DIV/0!

DIABETES MELLITUS

Total de indivíduos com diabetes	7,6%	da população acima de 20 anos	0	#DIV/0!
- Risco baixo	20,0%	dos diabéticos	0	#DIV/0!
- Risco moderado	50,0%	dos diabéticos	0	#DIV/0!
- Risco alto	25,0%	dos diabéticos	0	#DIV/0!
- Risco muito alto	5,0%	dos diabéticos	0	#DIV/0!

RENAL CRÔNICO

Total de indivíduos com DRC	13,9%	da população acima de 20 anos	0	#DIV/0!
- Risco baixo	41,4%	dos usuários com DRC	0	#DIV/0!
- Risco moderado	44,2%	dos usuários com DRC	0	#DIV/0!
- Risco alto	8,6%	dos usuários com DRC	0	#DIV/0!
- Risco muito alto	5,8%	dos usuários com DRC	0	#DIV/0!

QualificaAPSUS		ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE E PUÉRPERA				
ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Acompanhamento da GESTANTE						
Identificar e cadastrar as gestantes da área de abrangência	100% das gestantes da área de abrangência cadastradas na UAPS.	ACS		0 gestante	0 cadastro	1 ano
Realizar a primeira consulta para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza primeira consulta de pré-natal, com o enfermeiro, em até 24 h após o cadastro na UBS, para: - Avaliação clínico-obstétrica; - Cálculo inicial de DPP pela DUM; - Cadastro no SIS Prenatal Web; - Estratificação do risco gestacional; - Preenchimento e entrega do Cartão da Gestante; - Solicitação de exames complementares; - Avaliação do calendário vacinal; - Vinculação à maternidade. OBS: é importante estimular a participação do parceiro em todas as consultas do pré-natal.	Enfermeiro		0 gestante	0 primeira consulta de enfermagem	1 ano
Estratificar o risco das gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza estratificação de risco na primeira consulta. OBS: a estratificação de risco deve ser confirmada na consulta com o médico e atualizada em todas as consultas subsequentes.	Enfermeiro		0 gestante	0 estratificação de risco	1 ano
Entregar o Cartão da Gestante para todas as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas recebe o Cartão do Pré-Natal.	Enfermeiro		0 gestante	0 cartão distribuído	1 ano
Realizar a segunda consulta para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza a segunda consulta de pré-natal, com o médico, para: - Avaliação clínico-obstétrica; - Confirmar a idade gestacional; - Preenchimento do Cartão da Gestante; - Avaliação dos resultados de exames; - Confirmação da estratificação do risco gestacional; - Avaliação do calendário vacinal; - Definição do Plano de Cuidado.	Médico		0 gestante	0 primeira consulta médica	1 ano
Realizar avaliação odontológica para as gestantes cadastradas	100% das gestantes cadastradas realiza consulta odontológica, sendo: - objetivo: avaliação odontológica e plano terapêutico; - prazo: em até 1 mês após a primeira consulta de pré-natal.	Dentista		0 gestante	0 consulta odontológica	1 ano

QualificaAPSUS		ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA				
ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Acompanhamento da CRIANÇA - Primeiro ano de vida						
Realizar consulta médica de puericultura no 3º trimestre de gravidez	100% das gestantes acompanhadas no pré-natal realizam consulta de puericultura no 3º trimestre de gravidez Obs: esta consulta coincide com uma das consultas do 3º trimestre programadas anteriormente	Médico e enfermeiro		0 gestantes	0 consulta de pré-natal para puericultura	1 ano
Identificar e cadastrar todas as crianças menores de 1 ano da área de abrangência	100% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência cadastradas na UAPS. OBS1: A equipe deve, como continuidade do cuidado à gestante, se informar sobre o parto e monitorar a alta da mãe e do RN. OBS2: No caso das crianças filhas de mães acompanhadas na gestão de caso, devem ser agendadas visitas domiciliares semanais para monitoramento do plano de cuidado	ACS		0 criança	0 visita domiciliar	1 ano
Realizar visita domiciliar para todos os RN da área de abrangência	100% dos RN da área de abrangência recebem visita domiciliar pelo enfermeiro logo após o nascimento, para: - ações de educação em saúde; - cadastro na puericultura; - identificação de sinais de alerta; - identificação de situações ou fatores de risco. Prazo: até 5º dia após a alta da maternidade. OBS: No caso das crianças filhas de mães acompanhadas na gestão de caso durante a gestação, deve ser definido um plano de monitoramento junto ao	Enfermeiro		0 recém nascido	0 visita domiciliar	1 ano
Realizar a Triagem Neonatal (TNN) para todos os RN, de acordo com o protocolo.	100% dos RN realizam o Teste do Pezinho, preferencial entre o 3º e o 5º dia de vida.	Técnico de enfermagem		0 recém nascido	0 teste do pezinho	1 ano
Entregar o Cartão da Criança para todas as crianças cadastradas	100% das crianças cadastradas recebem o Cartão da Criança.	Enfermeiro		0 criança	0 cartão distribuído	1 ano

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Acompanhamento do usuário com HIPERTENSÃO ARTERIAL						
Identificar os usuários de risco de hipertensão da área de abrangência	100% dos usuários de risco de hipertensão da área de abrangência identificados na UBS.	ACS		0 hipertenso	0 cadastro	1 ano
Realizar consulta de enfermagem para os usuários com risco para hipertensão identificados	100% usuários com risco para hipertensão identificados realizam 1 consulta de enfermagem para: - avaliação clínica; - se assintomático medir a PA em 2 ocasiões diferentes. Encaminhar ao médico com 15 dias; - se sintomático ou PA $\geq 180 \times 110$ mmHg, consulta médica imediata.	Enfermeiro		0 hipertenso	0 avaliação do enfermeiro	1 ano
Realizar a primeira consulta médica para os hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam primeira consulta médica para: - avaliação clínica; - solicitação de exames; - elaboração do plano de cuidado.	Médico		0 hipertenso	0 primeira consulta médica	1 ano
Estratificar o risco dos hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos cadastrados realizam estratificação de risco na segunda consulta, ou assim que tecnicamente possível. OBS: a estratificação de risco deve ser revisada nas consultas subsequentes, sempre que pertinente.	Médico		0 hipertenso	0 estratificação de risco	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco baixo cadastrados	100% dos hipertensos de risco baixo cadastrados realizam 2 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 1 consulta médica; - 1 consulta de enfermagem. OBS1: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados;	Médico		0 hipertenso de risco baixo	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 hipertenso de risco baixo	0 consulta de enfermagem	1 ano
Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de risco moderado cadastrados	100% dos hipertensos de risco moderado cadastrados realizam 4 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo: - 2 consultas médicas; - 2 consultas de enfermagem. OBS: as consultas devem ser domiciliares em caso de pacientes acamados.	Médico		0 hipertenso de risco moderado	0 consulta médica	1 ano
		Enfermeiro		0 hipertenso de risco moderado	0 consulta de enfermagem	1 ano

CRITÉRIO DE ENCAMINHAMENTO	NÚMERO DE USUÁRIOS	CRITÉRIO DE ENCAMINHAMENTO	NÚMERO DE USUÁRIOS
GESTANTE		HIPERTENSO	
Alto Risco	0	Risco Alto	0
Subtotal	0	Risco Muito Alto	0
		Subtotal	0
CRIANÇA		DIABÉTICO ⁽¹⁾	
Primeiro ano de vida		Risco Alto	0
Alto Risco	0	Risco Muito Alto	0
Segundo ano de vida		Subtotal	0
Alto Risco	0		
Subtotal	0		
		TOTAL GERAL	0

⁽¹⁾ Deve ser considerada a avaliação integrada para o quantitativo de 40% de diabéticos com hipertensão

PARAMETRIZAÇÃO

Parametrização geral

	GESTAÇÃO (número de exames por trimestre)			TOTAL	HIPERTENSÃO (número de exames por período, por risco cardiovascular)				DIABETES (número de exames por período, por risco cardiovascular)			
	1°	2°	3°		B	M	A	MA	B	M	A	MA
Hemograma	1		1	2	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Hemoglobina glicada				0	1/ano	1/ano	1/ano*	1/ano*	2/ano	3/ano	4/ano	4/ano
Grupo Sanguíneo	1			1								
Fator Rh	1			1								
Coombs Indireto	1			1								
Eletroforese de Hb	1			1								
Glicemia capilar (preferencialmente na UBS)				0					3/ano	5/ano	6/ano	5/ano
Glicemia jejum	1		1	2	1/ano	1/ano	1/ano*	1/ano*	2/ano	3/ano	4/ano	4/ano
Glicemia pós-prandial				0					2/ano	3/ano	4/ano	4/ano
Teste de tolerância à glicose (1h e 2h após 75g de glicose)		1		1					1	1	1	1
Creatinina				0	1/ano	1/ano	2/ano**	2/ano**	1/ano	1/ano	2/ano	2/ano
Potássio				0	1/ano	1/ano	1/ano**	1/ano**	1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
Colesterol total e frações				0	1/ano	2/ano#	4/ano##	4/ano##	1/ano	2/ano	4/ano	4/ano
Colesterol frações				0								
Triglicérides				0					1/ano	2/ano	4/ano	4/ano
CPK				0								
TSH				0					1/ano	1/ano	1/ano	1/ano
TGO / AST				0					2/ano	2/ano	2/ano	2/ano
TGP / ALT				0					2/ano	2/ano	2/ano	2/ano
Índice albumina / creatinina				0			1/ano	1/ano**	1/ano	1/ano	2/ano	2/ano

DIMENSIONAMENTO da NECESSIDADE de SAÚDE na ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONSOLIDADO DAS ATIVIDADES PROGRAMADAS - ANO

	MÉDICO		ENFERMEIRO				OUTROS CONSULTA ODONTOLÓGICA	TOTAL DE ATIVIDADES
	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AValiação Pé DIABÉTICO	VISITA DOMICILIAR		
GESTANTE								
Geral	0		0		0		0	0
Risco Habitual e Intermediário		0		0				0
Alto Risco		0		0				0
Gestão de caso						0		0
Subtotal - G	0	0	0	0	0	0	0	0
PUÉRPERA								
Geral		0		0				0
Subtotal - P	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇA								
Primeiro ano de vida								
Geral	0					0	0	0
Risco Baixo		0		0				0
Risco Médio		0		0				0
Alto Risco		0		0				0
Segundo ano de vida								
Geral	0					0	0	0
Risco Baixo		0		0				0
Risco Médio		0		0				0
Alto Risco		0		0				0
Subtotal - C	0	0	0	0	0	0	0	0

CARGA HORÁRIA NECESSÁRIA PARA AS ATIVIDADES PROGRAMADAS

		MÉDICO		ENFERMEIRO					OUTROS
		PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	PRIMEIRA CONSULTA	CONSULTA SUBSEQUENTE	AValiação Pé Diabético	VISITA DOMICILIAR	GRUPO OPERATIVO	CONSULTA ODONTOLÓGICA
Duração média de cada atividade	em MINUTOS								
	em HORAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Carga horária necessária para o total de atividades (em horas)	ANUAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENSAL ¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0
	SEMANAL	0	0	0	0	0	0	0	0
		0,0		0,0					0,0

(1) Divisão por 11 meses de trabalho, preservando o mês de férias

ANÁLISE DO ATENDIMENTO SEMANAL

PROFISSIONAIS	CAPACIDADE OPERACIONAL			CARGA HORÁRIA PROGRAMADA				ATENÇÃO AO EVENTO AGUDO E A OUTRAS CONDIÇÕES CRÔNICAS	
	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL (horas/semana / profissional)	NÚMERO DE PROFISSIONAIS (contratados)	CARGA HORÁRIA DISPONÍVEL TOTAL (horas/semana)	EDUCAÇÃO PERMANENTE	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS		CH (horas/semana)	%
				CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	CH (horas/semana)	%		
Médico			0,0			0,0	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
Enfermeiro			0,0			0,0	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!
Dentista			0,0			0,0	#DIV/0!	0,0	#DIV/0!



CONSTRUÇÃO DA AGENDADA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATIVIDADES PROGRAMADAS

PROFISSIONAL	ATIVIDADE PROGRAMADA		DURAÇÃO DA ATIVIDADE (em minutos)	ATIVIDADES POR ANO	ATIVIDADES POR SEMANA
MÉDICO	CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS	GESTANTE	1ª consulta	0	0
			Consulta subsequente	0	0
		PUÉRPERA	Consulta subsequente	0	0
			1ª consulta	0	0
		CRIANÇA - 1º ano	Consulta subsequente	0	0
			1ª consulta	0	0
		CRIANÇA - 2º ano	Consulta subsequente	0	0
			1ª consulta	0	0
		HIPERTENSO	Consulta subsequente	0	0
			1ª consulta	0	0
		DIABÉTICO (não hipertensos)	Consulta subsequente	0	0
			1ª consulta	0	0
		DEMANDA ESPONTÂNEA	Consulta	0	
		EDUCAÇÃO PERMANENTE			0
		ATIVIDADE ADMINISTRATIVA			0



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde