**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** | **Visita domiciliar:**   * 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.   **Atendimento domiciliar:**   * Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde. |
| **MUNICÍPIO**  **Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS**) | **UBS** | **Pré-natal e puerpério:**   * 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.   **Puericultura:**   * 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. |
| **REGIÃO DE SAÚDE** | **Centro de Referência Regional** | **Pré-natal e puerpério de alto risco:**   * 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.   **Interconsulta para crianças de alto risco:**   * 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** | **Internamento – gestante de risco habitual**   * Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.   **Parto – gestantes de risco habitual:**   * Realizar parto para as gestantes de risco habitual.   **Internamento – crianças de baixo risco**   * Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas. |
| **MACRORREGIÃO** | **Hospital/ Maternidade de Alto Risco** | **Internamento – gestante de alto risco**   * Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.   **Parto – gestante alto risco:**   * Realizar parto para as gestantes de alto risco.   **Internamento – crianças de alto risco**   * Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas. |
| **Casa da Gestante** | **Atendimento às gestantes de alto risco:**   * Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social. |

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.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 | N° 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 ate 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 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 =  N° 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, cardiotocografia 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 Dopller | Nº de gestantes de alto risco x 1 = total de exames de USG com Dopller |
| 100% das gestantes de risco com 1 cardiotocografia ante parto | Nº de gestantes de alto risco x 1= total de cardiotocografia 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 para100% 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 = N° 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 = n° 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 | 100% das crianças < de 1 ano com no mínimo 7 consultas de puericultura nas unidades de saúde do município, sendo:   * 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) | 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  N° de RN/ano X 2 =  N° de consultas no 2º trimestre  N° de RN/ano X 1 =  N° de consultas no 3º trimestre  N° RN/ano X 1 =  N° de consultas no 4º trimestre |
| 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 6° 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° total de RN/ano = N° 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° total de RN/ano = N° 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° total de RN/ano x 2 = N° 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° de crianças de risco x 5 = nº 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 | Nº de crianças com sífilis congênita = 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 | Nº absoluto de óbitos infantis /nº de NV no município x 1000 = 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 na região /100 | 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 + 20% | Nº de partos cesáreos de alto risco 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 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), conterá, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos UCINCa - § 2° art. 7° 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** | **Visita domiciliar:**   * 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   **Atendimento domiciliar:**   * Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) dos usuários que cumprem os critérios estabelecidos nas diretrizes |
| **Academia da Saúde** | * Práticas corporais e atividades físicas * Práticas artísticas * Atividades de educação alimentar |
| **UBS** | * 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** | * 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** | * 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** | * 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:   * 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:   * 1 consulta médica (após a 1ª consulta); * 2 consultas de enfermagem  OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de médio risco cadastrados | 100% dos hipertensos de médio risco cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo:   * 2 consultas médica (após a 1ª consulta); * 4 consultas de enfermagem   OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar consultas de acompanhamento para todos os hipertensos de alto risco cadastrados | 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:   * 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); * 2 consultas de enfermagem   OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar grupos operativos para todos os hipertensos cadastrados | 100% dos hipertensos participam de grupos operativos:   * 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:   * 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:   * 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:   * 1 consulta médica (após a 1ª consulta); * 2 consultas de enfermagem   OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de médio risco cadastrados | 100% dos diabéticos de médio risco cadastrados realizam 6 consultas subsequentes de acompanhamento por ano, sendo:   * 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); * 4 consultas de enfermagem   OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar consultas de acompanhamento para todos os diabéticos de alto risco cadastrados | 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:   * 2 consultas médicas (após a 1ª consulta); * 2 consultas de enfermagem   OBS: as consultas devem ser realizadas no domicílio em caso de pacientes acamados. |  |
| Realizar grupos operativos para todos os diabéticos cadastrados | 100% dos diabéticos participam de grupos operativos:   * 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:   * 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 |  |
| Realizar prevenção do pé diabético | 100% dos diabéticos realizam:   * inspeção dos pés em todos os atendimentos; * testes neurológicos de avaliação da sensibilidade anualmente |  |
| Realizar prevenção das complicações cardiovasculares da diabetes (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica) | 100% dos diabéticos realizam:   * 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 |  |