

# Modelo para a Organização da Rede Macrorregional de Atenção à Saúde da Bahia

Prioridade Sanitária: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus



Salvador/BA . 2023

# Dados Populacionais da Bahia - Prevalência

❖ População Total do Estado da Bahia: **14.038.417 habitantes (2021)**

Prevalência por faixa etária		
No Vigitel de 2019, <sup>[12]</sup> a prevalência de adultos que referiram DM e HA se distribui assim, por faixa etária:		
Idade (anos)	Diabetes (%)	Hipertensão (%)
18-24	0,7	4,1
25-34	1,9	9,8
35-44	3,6	17,0
45-54	7,4	31,6
55-64	17,3	45,2
65 e mais	23,0	59,3

Idade (anos)	Habitante	DM	HAS
18-24	1.627.102	113.897	66.711
25-34	2.417.327	45.929	236.898
35-44	1.979.098	71.248	336.447
45-54	1.625.688	120.301	734.811
55-64	1.088.504	188.311	492.004
65 e mais	876.458	20.159	519.740
<b>Total</b>		<b>559.845</b>	<b>2.386.610</b>

# Prevalência por Estrato de Risco

## Prevalência por estrato de risco

O Caderno de Critérios e Parâmetros do Ministério da Saúde sugere os seguintes parâmetros de prevalência de DM e HAS por estrato de risco:<sup>[30]</sup>

Risco	Diabetes (%)	Hipertensão (%)
Baixo	20	40
Intermediário	50	35
Alto	25	25*
Muito alto	5	

\*A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais sugere distribuir os 25% dos estratos de maior complexidade em 20% de alto risco e 5% de muito alto risco<sup>[24]</sup>

Risco	DM	HAS
Baixo	111.969	954.644
Intermediário	279.922	835.314
Alto	139.961	596.653
Muito alto	27.992	

# Princípios para organização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas

I - Acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;

II - Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;

III - Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;

IV - Modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;

V - Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VI - Atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VII - Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

# Princípios para organização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;

IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

## Suficiência Municipal

- Ações de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito da saúde coletiva/individuais voltadas para educação em saúde, alimentação e hábitos de vida saudável;
- Rastreamento, captação, confirmação diagnóstica, estratificação de risco (linguagem única na RAS) e acompanhamento de usuários com DM e HAS;
- Coordenação do cuidado e acompanhamento do diabético e hipertenso por equipe multiprofissional (eSF, eSF-SB e equipe multiprofissional), de acordo com ciclo de vida e gênero e roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas;
- Coordenação do cuidado e acompanhamento compartilhado com a Atenção Especializada dos usuários de alto e muito alto risco;
- Monitorização da pressão arterial para diagnóstico e/ou acompanhamento;
- Atendimento às urgências relacionadas à DM e à HAS, com foco na estabilização do usuário, quando possível, e/ou regulação para continuidade do cuidado no território ou fora do território;
- Vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero e calendário vacinal vigente;
- Alimentação do SISAB com todas as ações realizadas, monitoramento contínuo do painel de indicadores e avaliação periódica dos resultados alcançados;
- Dispensação de medicamentos recomendados pelas diretrizes clínicas e previstos na relação de medicamentos de dispensação obrigatória para o tratamento da DM e HAS;
- Disponibilização nas UBS de medicamentos para urgências clínicas da DM e HAS (RENAME, RESME e REMUME);
- Inspeção sistemática dos pés do pacientes portadores de DM, mediante pesquisa de sensibilidade, com orientação a cerca de calçados adequados e cuidados com os pés, incluindo métodos de descarga;
- Realização de curativos em pequenas lesões;
- Encaminhamento para avaliação multiprofissional na atenção especializada em casos de lesões em progressão e/ou infectadas
- Coleta de material biológico para exames laboratoriais, realizada preferencialmente nas UBS;
- Adesão ao Telessaúde/telemedicina;
- Realização do exame eletrocardiograma – Telediagnóstico;
- Implantação do prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
- Reabilitação para os casos crônicos, em serviço municipal de fisioterapia ou Equipe e-mulTE (APS) ou Equipe mínima multidisciplinar de atendimento domiciliar – EMAD/EMAP ou Equipe de Reabilitação Domiciliar ERD (Melhor em Casa);
- Ações de Educação Permanente voltados para atualização e qualificação das ações, serviços e do cuidado à população de risco;
- Estabelecimento de fluxos assistenciais municipais definindo os componentes da rede, protocolos clínicos e critérios de acesso pactuados.

# HAS e DM

## Suficiência Regional

- ✓ Consulta com cardiologista (presencial ou por telemedicina) para os pacientes portadores de HAS, estratificados como alto e muito alto risco;
- ✓ Consulta com endocrinologista (presencial ou por telemedicina) para os pacientes portadores de DM, estratificados como alto e muito alto risco;
- ✓ Consultas médicas (presencial ou por telemedicina) nas especialidades de angiologia, nefrologia, cirurgia geral, oftalmologia, cirurgião vascular, ortopedia e obstetra (GAR), de acordo com a avaliação do cardiologista e do endocrinologista;
- ✓ Assistência farmacêutica do componente especializado;
- ✓ Vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero e calendário vacinal vigente e imunobiológicos especiais, quando necessário;
- ✓ Acompanhamento compartilhado com as equipes da APS dos usuários de alto e muito alto risco, de acordo com os critérios pactuados;
- ✓ Acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco e/ou com comprometimento, por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo com ciclo de vida e gênero e roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas;
- ✓ Exames especializados: teste de esforço, MAPA, Holter, raio X de tórax, USG com doppler colorido, campimetria, fundoscopia;
- ✓ Exames de laboratório: Hemograma, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada (método HPLC), Colesterol total, HDL-c, LDL-c, Triglicérides, Potássio sérico, Creatinina plasmática e cálculo da TFG, análise da urina (exame de elementos e sedimentos anormais da urina – EAS), relação albumina/creatinina em amostra isolada da urina, Vitamina D-25(OH)D†, TSH, TGO/TGP/gama GT‡, Vitamina B12;
- ✓ Realizar curativos especializados e desbridamentos em casos específicos;
- ✓ Internações decorrentes de intercorrências clínicas e complicações do DM e HAS, com capacidade para estabilização do usuário;
- ✓ Transição do cuidado para a eSF após atendimento e/ou alta hospitalar;
- ✓ Prontuário eletrônico integrado à Atenção Primária, Serviços de Urgência e Emergência e rede Hospitalar;
- ✓ Estabelecimento de fluxos assistenciais definindo os componentes da rede, protocolos clínicos e critérios de acesso pactuados.

# Seguimento do cuidado

Pacientes classificados como alto e muito alto risco podem evoluir para lesão de órgãos alvo, nestes casos serão encaminhados para acompanhamento nas respectivas linhas de cuidado, a saber:

- Doença Renal Crônica;
- Feridas complexas e pé diabético;
- Vasculopatias periféricas e neuropatias diabéticas;
- Retinopatia diabética e glaucoma.



**GOVERNO DO ESTADO**



SECRETARIA DA SAÚDE