



PROGRAMA
CUIDAR
DE TODOS
ATENÇÃO PRIMÁRIA

DOCUMENTO ORIENTADOR
**COMO O MUNICÍPIO PODE
MELHORAR OS INDICADORES
DE IMPACTO E ESFORÇO**



SES
Secretaria de Estado
da Saúde

GOVERNADOR DO ESTADO
Carlos Brandão

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Tiago José Mendes Fernandes

SECRETÁRIA ADJUNTA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA
EM SAÚDE
Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
Willian Vieira

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
Mayrlan Ribeiro Avelar

SUPERINTENDENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Edmilson Silva Diniz Filho

SUPERINTENDENTE DE SAÚDE DIGITAL
Mayra Nina Araujo

SUPERINTENDENTE DA POLÍTICA DE ATENÇÃO EM SAÚDE NO TRÂNSITO
Louis Philip Moses Camarão

ELABORAÇÃO

Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos

Enfermeira da Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças,
Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública (Fiocruz)

Rafaela Duailibe Soares

Enfermeira da Força Estadual de Saúde do Maranhão, Mestre em Saúde da
Família (UFMA)

Victor Swami Canavieira Lobo Costa

Advogado da Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e
Vigilância em Saúde

Violeta Maria Soares Figueiras

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Gestão de Saúde - Secretaria
de Estado da Saúde do Maranhão

Wyllyane Rayana Chaves Carvalho

Nutricionista, Técnica do Projeto de Qualificação e Aperfeiçoamento da
Gestão SUS na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Doutora em
Saúde Coletiva (UFMA)

REVISÃO

Dennyse Cristina Macedo Alves

Karla Halice de Carvalho Figueirêdo

Claudiana Cordeiro

Jessica Raquel Silva Gomes

Swanny Vila Nova Leite

Victomar José Teixeira

Marlijane Bezerra Costa

Lana Mary Anchieta Barros

Renata Ferreira Quintanilha

APRESENTAÇÃO

A gestão municipal é essencial e determinante na implantação e execução exitosas da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada o primeiro nível de atenção em saúde, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

A Secretaria de Estado da Saúde tem como premissa o apoio técnico a todos os municípios e a suas distintas particularidades e demandas do processo saúde e doença para a redução dos indicadores de impacto. Nessa gênese, o Programa Cuidar de Todos surge como um pacto de cooperação entre as gestões estadual e municipal, que busca de forma inovadora investir na melhoria de resultados na saúde para a população.

Este documento orientador tem como objetivo contribuir com a implantação e/ou implementação de estratégias factíveis para que os municípios melhorem os indicadores sugeridos pelo do Programa Cuidar de Todos, em especial os indicadores de esforços que impactam direta e indiretamente na redução da mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Mortalidade por Acidentes de Trânsito envolvendo Motocicletas.

Estes indicadores serão monitorados por meio dos sistemas de informações oficiais e outras ferramentas similares.

INDICADORES DE IMPACTO

Considerando o cenário epidemiológico de mortalidades no estado do Maranhão foram elencados os seguintes indicadores de impacto para monitoramento e intervenções junto ao programa:

1. Taxa de Mortalidade Infantil;
2. Taxa de Mortalidade Materna;
3. Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC);
4. Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
5. Taxa de Mortalidade por Acidente envolvendo Motociclista.

Os indicadores de esforços são aqueles que indicam o processo, ou seja, a forma como os municípios realizam as ações e serviços prestados pela saúde com o objetivo de reduzir condições que possam levar ao adoecimento e óbito na população.

Para cada indicador de impacto foi escolhido pela coordenação do Programa Cuidar de Todos, chefia dos departamentos e suas equipes alguns indicadores de esforço.

INDICADORES DE ESFORÇO PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL E MORTALIDADE MATERNA

1. Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes

- Integrar políticas de saúde e outras políticas sociais de forma a repercutir positivamente no crescimento e no desenvolvimento saudável desse grupo populacional, contribuindo para a garantia de seus direitos e de proteção, enquanto pessoas e cidadãos;
- Executar e fortalecer as ações do Programa Saúde na Escola, trabalhando os temas de saúde da criança e do adolescente e enfoque para sexualidade, gravidez na adolescência, entre outros (PSE);
- Instituir, com periodicidade anual, a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, que inclui o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência;
- Propiciar engajamento diferenciado do acesso de adolescentes aos serviços da APS;
- Incluir adolescentes no planejamento, concepção e implementação de programas de prevenção da gravidez;
- Promover espaços de convivência e troca, a fim de trabalhar as temáticas de interesse dos adolescentes referente às questões de saúde;
- Discutir e promover ações de prevenção da violência sexual e escolar em adolescentes;
- Aprimorar os protocolos de atendimento em casos de violência sexual, conforme Portaria nº 2.561 de 23 de setembro de 2020, incluindo todos os atores sociais pertencentes à rede de apoio;

- Garantir o direito dos adolescentes ao atendimento no planejamento reprodutivo sem discriminação de qualquer tipo, com garantia de privacidade, sigilo e consentimento informado;
- Dispensar preservativos nos espaços da Unidade de Saúde da Família (USF), com acesso facilitado, independente de apresentação de documentação, local de residência ou qualquer outra forma que dificulte este acesso.

2. Taxa de cobertura vacinal em crianças menores de 01 ano

- Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento das triagens neonatais (do teste do pezinho e/ou consulta puerperal), marcando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;
- Garantir que as vacinas que compõem o calendário vacinal sejam ofertadas cotidianamente nas USF;
- Garantir abertura da sala de vacina em horários e dias alternativos, como finais de semanas;
- Utilizar locais alternativos para vacinação dentro do município, com maior fluxo de pessoas, com a garantia da presença de profissionais capacitados para os procedimentos e enfermeiro responsável pela supervisão;
- Exigir para a vacinação apenas o CPF e/ou o cartão do SUS para garantia do registro; caso o serviço de saúde seja informatizado deve-

se procurar os dados de vacinação do usuário e orientar sobre a importância do Cartão do SUS em próximos acessos;

- Orientar ou encaminhar durante as consultas de pré-natal e de puericultura e demais consultas, sobre a importância da administração das vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- Manter contato com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhamento conjunto e diálogo colaborativo entre as partes;
- Realizar o acompanhamento nominal das pessoas e famílias adscritas à equipe;
- Construir protocolos locais que organizem a atenção, o rastreamento, a busca ativa de crianças com esquema vacinal incompleto e realização do acompanhamento dos faltosos (atraso no calendário vacinal);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde, a fim de propiciar mudanças nas práticas em relação à imunização e aprimorar a qualidade do registro das informações de saúde;
- Realizar ações educativas direcionadas à comunidade para sensibilização da importância de manter o esquema vacinal completo das crianças nesta faixa etária e de toda família;
- Realizar diálogos com as famílias residentes no território sobre a segurança da vacinação, desmistificando informações falsas, utilizando parcerias com CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e outros;

- Utilizar as mídias disponíveis em seu município para alertar a população sobre a importância da vacinação, como panfletagens, a rádio comunitária, os avisos nas unidades de saúde ou em locais com aglomeração de pessoas, o uso de WhatsApp ou outras redes sociais;
- Utilizar o sistema nacional de vacinação para acompanhamentos da população adscrita nas USF informatizadas;
- Monitorar permanentemente o cadastro individual completo e mantê-lo atualizado, incluindo dados sociodemográficos e de condições e situações de saúde;
- Reforçar a importância do cadastramento da população adscrita; O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador para o cálculo do indicador.
- Manter monitoramento vacinal na rotina de trabalho por todos os profissionais de saúde da unidade de saúde;
- Estabelecer uma rotina de atualização e acompanhamento das Cadernetas da Criança, tanto na aplicação do calendário vacinal (incluindo as vacinas de campanha) quanto de registros anteriores de vacinação no prontuário do cidadão;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS.

3. Proporção de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis (06) meses na Atenção Primária à Saúde

- Orientar sobre o aleitamento materno desde o pré-natal;
- Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade;
- Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e da alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 anos;
- Contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, a partir de ações como oficinas educativas utilizando o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos;
- Contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os 6 meses de idade.

4. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1^a até a 12^a semana de gestação

- Implantar o protocolo para as ações de pré-natal e monitoramento da conformidade das práticas das eSF e AP, em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos, inclusive no que diz respeito à humanização desse tipo de atendimento;
- Manter o cadastro individual completo e atualizado: os dados de identificação da gestante, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde devem ser periodicamente atualizados;
- Realizar o acompanhamento nominal das gestantes adscritas à equipe, verificando rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento;
- Ofertar o Teste de Gravidez na Unidade de Saúde (US) para as mulheres em idade fértil;
- Orientar as usuárias sobre a importância da realização do pré-natal, realização de exames e consultas odontológicas na Unidade Básica de Saúde;
- Realizar o monitoramento regular das gestantes e para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- Ofertar e realizar os Testes Rápidos de Sífilis e HIV, bem como Hepatite B e C na primeira consulta de pré-natal e realizar o registro no PEC ou no CDS;
- Flexibilizar a agenda para esse público, possibilitando o acesso no

melhor horário para a gestante sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doenças;

- Instituir consultas de acompanhamento também pelo enfermeiro da equipe. Tanto o profissional médico como o enfermeiro podem acompanhar o indivíduo com essa condição (resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento);
- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde, como aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Estabelecer mecanismos locais de remuneração por desempenho para APS;
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro no sistema (PEC ou CDS), tanto no que se refere às variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão.

INDICADORES DE ESFORÇO PARA REDUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

1. Taxa de internação por Diabetes *Mellitus* (DM) na população de 20 anos ou mais e taxa de internação por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população de 20 anos ou mais

- Qualificar todos os profissionais das equipes, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico;
- Manter o cadastro individual completo e atualizado de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus: dados de identificação do cidadão, sociodemográficos e de suas condições e situações de saúde. O aumento do cadastro propicia que seja utilizado o valor informado no SISAB no denominador (pessoas com hipertensão arterial ou diabetes mellitus no SISAB) para o cálculo do indicador;
- Realizar busca ativa de pessoas com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações, etc...), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular da hipertensão e diabetes mellitus;
- Instituir, como rotina de atendimento da equipe de saúde, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento;
- Realizar o acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão arterial ou diabetes mellitus adscritas à equipe, verificando

rotineiramente com que frequência é realizado esse acompanhamento.

- Orientar o cidadão com hipertensão sobre a importância da realização das consultas de acompanhamento e a verificação da PA na US, mesmo que sua pressão arterial não esteja descompensada.
- Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento e a avaliação do exame de hemoglobina glicada na US, mesmo que esta não esteja acima dos níveis recomendados.
- Realizar o monitoramento regular de pressão arterial conforme estratificação do risco cardiovascular com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial tenham o hábito de monitorar a sua PA. Para isso, faz-se necessário reduzir eventuais regras de acesso ao procedimento que possam desestimular a pessoa a utilizar o serviço;
- Ofertar, pela gestão local, o exame de rastreio e monitoramento da glicemia, entre eles hemoglobina glicada para realização em tempo oportuno e entrega do resultado ao usuário;
- Ofertar, pela gestão local, o exame de lipidograma para rastreio e monitoramento dos marcadores lipídicos para realização em tempo oportuno e entrega do resultado ao usuário;
- Flexibilizar a agenda para esses públicos, possibilitando a consulta e aferição de PA, ou a consulta e solicitação do exame de hemoglobina glicada no melhor horário para o cidadão, sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença.
- Instituir consultas de acompanhamento tanto pelo enfermeiro quanto

pelo médico da equipe, resguardadas as diferenças de competências de atuação e as observações quanto aos protocolos de atendimento;

- Realizar intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas;
- Construir protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica; e estruturar a linha de cuidado das pessoas com doenças crônicas;
- Monitorar e avaliar a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades sobre o apoio institucional e a educação permanente, assim como assessoramento à gestão;
- Instituir intervenções educativas permanentes para melhoria da qualidade do registro das informações de saúde, tanto no que se refere às variáveis válidas para os indicadores, quanto para todo registro clínico do atendimento ao cidadão;
- Realizar mapeamento das condições alimentares e nutricionais da população adscrita à eSF;
- Realizar atividades para o estímulo a prática de atividade física e alimentação saudável;
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à hipertensão e diabetes mellitus, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da

necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pela hipertensão, como doença renal crônica.

INDICADORES DE ESFORÇO PARA REDUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE DE LESÕES E MORTES POR ACIDENTE EM MOTOCICLISTAS

1- EXISTÊNCIA DE COMITÊ/DEPARTAMENTO/COORDENAÇÃO E/OU ÓRGÃO MUNICIPAL DE TRÂNSITO EM FUNCIONAMENTO

- Fomentar que administração municipal implante departamento, coordenação e/ou órgão, afim de desenvolver ações de caráter permanente para segurança no trânsito conforme dispõe o Código de Trânsito Brasileiro – CTB;
- Implantar ou implementar ações educativas para o trânsito no âmbito escolar do município;
- Realizar atividades em alusão à prevenção ao trânsito, promoção de campanhas que mobilize e incentive a participação de crianças, jovens, adultos e população em geral;

- Implantar o Sistema de Notificação em Acidentes de Trânsito, que irá possibilitar o compartilhamento de dados detalhados das ocorrências e características das vítimas;
- Implantar o Programa vida em duas rodas nos municípios;
- Atuar no enfrentamento aos acidentes de trânsito, contribuindo para o desenvolvimento de ações estratégicas e difusão dessas práticas no município.

2- EXISTÊNCIA DE PLANO MUNICIPAL DE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO (PMRMAT)

- Elaborar ações voltadas para a Educação para o Trânsito de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito nos diversos espaços comunitários (escolas, igrejas, associações);
- Fomentar criação de grupo condutor interinstitucional para a elaboração do PMRMAT;
- Aprovar o PMRMAT no Conselho Municipal de Saúde;
- Implementar as ações programadas.

ATENÇÃO

Para auxiliar o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e solucionar alguns de seus desafios foram propostos 7 pontos listados abaixo e indicações de como fazê-los.

- Aumente a Cobertura de APS;
- Implantar Equipes Ribeirinhas nos municípios pertencentes à Amazônia Legal;
- Fortalecer aspectos de estrutura e processo de trabalho, bem como participar da Planificação da Atenção Primária na APS;
- Garantir Recursos Humanos para equipes de APS;
- Organizar a carteira de serviços ofertados;
- Realizar a atualização da territorialização continuada;
- Regular o acesso dos usuários à rede de saúde, mantendo a APS como ordenadora do cuidado.

PROGRAMA
CUIDAR
DE TODOS
ATENÇÃO PRIMÁRIA

GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

SES
Secretaria de Estado
da Saúde