

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FRANCISCO DUARTE PIRES COSTA**

**IMPLANTAÇÃO DE UMA AGENDA ROTATIVA PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

**POÇOS DE CALDAS – MINAS GERAIS**  
**2015**

**FRANCISCO DUARTE PIRES COSTA**

**IMPLANTAÇÃO DE UMA AGENDA ROTATIVA PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais, como  
pré-requisito parcial para obtenção do  
certificado de especialista.  
Orientadora Professora Adelaide De Mattia

**POÇOS DE CALDAS – MINAS GERAIS  
2015**

**FRANCISCO DUARTE PIRES COSTA**

**IMPLANTAÇÃO DE UMA AGENDA ROTATIVA PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Banca Examinadora  
Profa. Adelaide de Mattia  
Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2015

## RESUMO

Diante da importância da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus na morbidade e mortalidade de seus portadores, esses indivíduos devem ser identificados, classificados, monitorados e acompanhados. Este estudo se caracteriza como uma forma de acompanhar esses pacientes, otimizando o seu acompanhamento ambulatorial, visando a maximização do cuidado e a redução das complicações inerentes a essas comorbidades por meio da organização do processo de trabalho. As operações propostas para enfrentar o problema foram: diagnóstico, classificação de risco, definição de um protocolo e de um cronograma de acompanhamento. Foi realizada uma revisão bibliográfica para fundamentação teórica da elaboração desses itens.

O objetivo desse trabalho é propor uma opção ao modelo atual, por meio da implantação de um arquivo rotativo para atender os pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes, como estratégia de reorganização do acompanhamento clínico desses grupos de risco.

**Descritores:** Hipertensão. Diabetes. Protocolo. Agenda. Atenção Primária.

## **ABSTRACT**

Before the importance of hypertension and diabetes mellitus do in morbidity and mortality of their carriers, these individuals should be identified, classified, monitored and followed up. This study is characterized a way to monitor those patients, optimizing their ambulatorial monitoring, aiming in the maximization of the care and reduction of complications inherent to these comorbidities through the work process organization. The proposals to face the problem were: diagnosis, risk classification, definition of a protocol and monitoring schedule. It was held a literature review to theoretical foundation of developing these items. The aim of this paper is to propose an option to the current model through the implementation of a rotary file to serve patients with hypertension and diabetes, as reorganization strategy of the clinical monitoring of these risk groups.

### **Key Words:**

Hypertension. Diabetes. Protocol. Agenda. Primary Health Care

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Descrição do Cenário.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivo.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Desenvolvimento.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1. Revisão da Literatura.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.1. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.2. Diagnóstico de Hipertensão Arterial.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.3. Epidemiologia do Diabetes Mellitus.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1.4. Diagnóstico de Diabetes Mellitus.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2. Elaboração do Plano de Ação.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.1. Caracterização do Problema.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2.2. Classificação de Risco.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2.3. Definição do Protocolo de Atendimento.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2.4. Implantação da Agenda Rotativa.....</b>	<b>22</b>
<b>4.2.5. Capacitação da Equipe.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Plano de Ação.....</b>	<b>24</b>
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>27</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>27</b>

## 1. Introdução

Atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde de grande magnitude, respondendo por mais de 70% das causas de mortes no Brasil. As principais DCNT são as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer, as enfermidades respiratórias crônicas e as doenças neuropsiquiátricas. As DCNT respondem tanto pela perda de qualidade de vida, causando incapacidades e alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer das pessoas acometidas; quanto por um número considerável de mortes antes da oitava década de vida. Pesquisas mostraram uma forte associação das principais DCNTs a fatores de risco altamente prevalentes atualmente, sendo que os principais são o tabagismo, o consumo excessivo e abusivo do álcool, o excesso de peso, os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo.

As DCNTs não são apenas importantes em países industrializados, elas também passaram a fazer parte da realidade dos países em desenvolvimento, com a chamada “transição epidemiológica”, que consiste na mudança no perfil epidemiológico da população de doenças agudas (principalmente as infecto-parasitárias) para as doenças crônicas como a hipertensão, o diabetes, e a obesidade. A estimativa atual é de que as DCNT estão direta ou indiretamente envolvidas em cerca de 60% dos óbitos mundiais, com uma projeção de aumento desse número para 73% em 2020. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) estimou que no ano de 2004, as DCNTs foram a causa de 62% das mortes e 39% das internações no Sistema Único de Saúde. Essas doenças demandam uma atenção contínua e tendem a causarem um ônus crescente nos gastos com saúde, na medida em que a população envelhece. A carga não se concentra apenas no setor de saúde, pois levando em consideração que tais doenças, devido à morbidade e mortalidade consideráveis, podem onerar também o setor de Previdência Social, devido às aposentadorias precoces e também o setor produtivo, devido à perda de mão de obra e de anos de vida produtivos. A partir desses dados, pode-se imaginar que a prevenção e o controle adequado de tais agravos são de grande benefício, não somente para seus portadores (reduzindo a mortalidade e a morbidade), como de seus familiares, da sociedade em geral e do Estado (BRASIL, 2005).

Segundo o DATASUS (2015), no Brasil, em 2012, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) era de 24,4% e de Diabetes Mellitus (DM) era de 11,7% na população.

É importante lembrar que os fatores de risco para as DCNT ainda são muito prevalentes em nossa sociedade, sendo que alguns são socialmente difundidos e aceitos, como o tabagismo (cada vez mais criticado), o etilismo, que infelizmente, ainda é amplamente aceito e até incentivado, além da obesidade, do sedentarismo, dos hábitos alimentares inadequados, dentre outros. As DCNTs, muitas vezes, são consequência direta de tais fatores de risco, porém sua prevenção é muito complexa e demanda intervenções que estão muito além dos serviços de saúde, sendo que outros setores da sociedade, como a educação e a participação social também têm um papel crucial na prevenção primária dos fatores de risco por meio de estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doenças. (SMSA-BH, 2011, p.6).



### **1.1. Descrição do Cenário: A Comunidade Kennedy/Aeroporto:**

Os Bairros Kennedy e Aeroporto ficam localizados na periferia da Cidade de Poços de Caldas - MG. A população estimada da área de abrangência da UBS Kennedy I é de 6.100 pessoas e, atualmente, está ocorrendo uma redivisão da área devido à implantação de uma Nova Equipe - Bairro Aeroporto (na qual estou atuando), totalizando duas equipes de PSF.

Essa Nova Equipe atualmente tem entre 2762 a 3074 pessoas (as ACSs ainda estão atualizando os dados) e, estamos trabalhando com uma estimativa de 360 hipertensos e 100 diabéticos.

A UBS foi construída recentemente, por volta de julho de 2014, pela atual administração municipal da cidade. Possui um espaço físico muito bom, com recepção, sala de vacina, uma sala para acolhimento, uma sala de observação (usada como triagem), ampla sala de reuniões (usada também pelo NASF para atendimentos coletivos de Nutrição, Fisioterapia e Psicologia), farmácia (apenas medicações básicas, boa parte das medicações são disponibilizadas por uma farmácia central). Possui também quatro consultórios (sendo um munido de banheiro e que é usado para consultas ginecológicas e coleta de preventivo), expurgo, almoxarifado e mais uma sala onde fica um computador (porém sem acesso à internet), onde as ACSs se reúnem.

Existe um modelo de distribuição de medicamentos chamado de "Hiper Dia", no qual os pacientes levam um cartão ("carteirinha") com as medicações que usam (ou supostamente usam, ou deveriam usar) anotadas e prontamente recebem as medicações da forma em que estão discriminadas nesse cartão, sem questionamentos por parte dos integrantes da farmácia. Várias causas podem ter levado a tal problema: a indisponibilidade de consultas médicas para todos os pacientes devido à ausência de acolhimento e a desorganização dos processos de trabalho dentro da unidade (centrando quase tudo na figura do médico), o desconhecimento dos pacientes sobre a gravidade (inclusive as conseqüências) de ambas as doenças levando, a um desinteresse em fazer o acompanhamento ambulatorial adequado.

Para piorar tal situação, a atual ameaça de interrupção do serviço de fornecer as medicações básicas na UBS e na Farmácia Popular coloca em xeque o "Hiper Dia", como estratégia de controle da hipertensão arterial e do diabetes.

Algumas medicações já estão em falta (Losartan, Metformina, Glibenclamida) e a consequência direta disso é um aumento considerável de pedidos de renovação/emissão de receitas, já que alguns pacientes - e não são poucos - estão há mais de um ano apenas usando a "carteirinha" para retirar as medicações na UBS sem passar por consulta, sem ser reavaliados e sem fazer exames. Como a Farmácia Popular não aceita a "carteirinha" para liberar as medicações, os pacientes precisam de uma receita médica atualizada, resultando em um aumento descontrolado da demanda, sem um aumento concomitante na oferta de consultas para reavaliação clínica, ajustes e renovação de receitas.

Agora, o Arquivo Rotativo, cuja ideia no início do ano causou repulsa a quase todos os profissionais da UBS, parece ser a solução para o caos e, aparentemente, será muito bem vindo para organizar o atendimento a esses pacientes.

## **2. Objetivos**

### **2.1: Objetivo Geral**

Elaborar uma proposta para utilização do arquivo rotativo no atendimento dos pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial como estratégia de reorganização do acompanhamento clínico desse grupo de risco.

### **2.2: Objetivos Específicos**

- Propor a implantação da classificação de risco como parte do processo de atendimento na UBS.
- Elaborar e implantar protocolos assistenciais para o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Capacitação da equipe para usar a classificação de risco e aplicá-la no contexto do acompanhamento dos pacientes, por meio da agenda rotativa.

### **3. Metodologia**

A metodologia utilizada foi a do Planejamento Estratégico Situacional (PES) sugerida pelo curso de especialização do qual esse trabalho faz parte (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a revisão bibliográfica a seguir, foram consultadas as bases de dados Scielo, BIREME, manuais da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES/MG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), protocolos de classificação de risco da V Diretrizes Brasileiras para Hipertensão, além de livros textos de Clínica Médica. Os descritores utilizados foram: Hipertensão, Diabetes, Protocolo, Agenda, Atenção Básica.

## 4. Desenvolvimento

### 4.1. Revisão da Literatura

#### 4.1.1. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular de maior prevalência, sendo o principal fator de risco para complicações que causam elevado índice de mortalidade e de morbidade como o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC), seja o isquêmico ou o hemorrágico e a doença renal crônica (DRC), sendo um importante e oneroso problema de saúde pública no mundo inteiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Estima-se algo em torno de 17 milhões de portadores de HAS, no Brasil, o que corresponde a 35% da população acima de 40 anos. A incidência e a prevalência da HAS vêm aumentando, inclusive em faixas etárias mais jovens, estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes já sejam hipertensos. (BRASIL, 2006).

A já comprovada relação direta entre hipertensão arterial e risco cardiovascular está presente para indivíduos com ou sem doença arterial e coronariana, de diversas faixas etárias, diferentes etnias e níveis sócio-econômicos e em ambos os sexos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

“A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos. A HAS é mais freqüente em classes econômicas menos favorecidas e entre os fatores responsáveis encontram-se o escasso acesso à educação, a baixa renda, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as diferenças dietéticas, o estresse e o sedentarismo” (IBGE, 2013).

O controle da HAS é muito difícil, pois vários fatores o dificultam: a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, o curso geralmente assintomático da doença em suas fases iniciais e em faixas etárias mais jovens, além e da dificuldade para mudar os hábitos de vida, principais fatores de risco.

“Um estudo revelou que 50,8% de adultos sabidamente hipertensos, apenas 40,5% estavam em tratamento e somente 10,4% apresentavam níveis pressóricos satisfatórios.” (SMSA-BH, 2011, p.11).

De acordo com dados do DATASUS (2011), os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (AVCi) e hemorrágicos (AVCh) representam a principal causa de morte no Brasil. Estudos randomizados comprovaram que a redução

dos níveis pressóricos (apenas 10 mmHg de pressão arterial sistólica e 5 mmHg de pressão arterial diastólica) são suficientes para reduzir em 40% o risco de morte por AVC e em 30% o risco de morte para doença arterial coronariana. O sucesso no controle pressórico pode resultar em redução significativa de mortes prematuras e eventos que deixam seqüelas.

#### 4.1.2. Diagnóstico de Hipertensão Arterial:

O diagnóstico de HAS se baseia na média entre duas ou mais aferições de pressão arterial em duas ou mais consultas ambulatoriais, com o paciente na posição sentada, descansado e pelo menos 30 minutos após fumar. A classificação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica preconiza os critérios segundo o quadro 1: Classificação dos valores Pressóricos. Segundo essa classificação, a HAS é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. (LONGO *et al*, 2013).

Quadro 1: Classificação dos Valores Pressóricos

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3	$\geq 180$	$\geq 110$

Fonte: 2007 ESH/ESC Guidelines - Adaptado

#### **4.1.3. Epidemiologia do Diabetes Mellitus:**

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença prevalente e em ascensão no mundo inteiro. Em 1985 havia cerca de 30 milhões de diabéticos no mundo, número que saltou para 285 milhões em 2010 e estima-se que, em 2025, sua prevalência no mundo será de 5,4% (cerca de 400 milhões de pessoas), sendo que em países em desenvolvimento esse número será mais elevado. (BRASIL, 2006).

No Brasil, no final da década de 1980, o DM atingia cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, podendo chegar a 17% entre os 60 a 69 anos e faz parte das cinco doenças com maior índice de mortalidade no mundo, se aproximando cada vez mais do topo dessa lista. (BRASIL,2006).

Nas formas mais comuns de suas manifestações, o DM é classificado como Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM 1), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2), Diabetes Gestacional e outros tipos específicos, como os relacionados a endocrinopatias, defeitos genéticos, infecções, induzidas por medicamentos diabetogênicos ou produtos químicos (SES/MG, 2007).

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007), no período pré-clínico do DM 1, os sintomas só se manifestam quando da destruição de 80 a 90% da massa funcional de células beta e esses são intermitentes. Já no período clínico, o diagnóstico da doença oscila habitualmente entre uma e seis semanas, o indivíduo costuma apresentar sinais de desidratação e desnutrição graves, sendo que esses sintomas têm início abrupto e o indivíduo apresenta tendência à cetose.

No DM 2, o indivíduo apresenta poucos sintomas e pode até ser assintomático. Nesse tipo de diabetes, a hereditariedade é um fator fortemente presente e a tendência à cetose é pouco freqüente, exceto em situações de estresse orgânico (infecções, desidratação etc) (SES/MG, 2007).

No caso da Diabetes Gestacional, é causada pela intolerância aos carboidratos, em graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto. É indicado, durante o pré-natal, o rastreamento para todas as gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação, por meio da glicemia de jejum (SES/MG, 2007).



Segundo a Secretaria de Estado de Saúde (2007), a incidência do Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM 1) varia de 7 a 12 por 100.000 habitantes entre 0 e 14 anos de idade, já a prevalência do Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM 2) é de 7,8% da população entre 30 e 69 anos de idade, com frequência maior do que o DM1.

Estima-se, atualmente, um total de 12 milhões de diabéticos no Brasil (IBGE, 2010).

#### 4.1.4. Diagnóstico de Diabetes Mellitus

O diagnóstico de Diabetes Mellitus é feito laboratorialmente. O quadro 2, a seguir, mostra as faixas de alterações laboratoriais que definem as categorias de tolerância à glicose e o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Quadro 2: Classificação dos Valores Glicêmicos

CATEGORIAS DE TOLERÂNCIA À GLICOSE			
CATEGORIAS	GLICEMIA ( mg/dl )		
	JEJUM (8 H)	2 H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL
NORMAL	menor que 110	menor que 140	
GLICEMIA DE JEJUM ALTERADA	110 ou maior, menor que 126		
TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA	menor que 126	140 ou maior, menor que 200	
DIABETES	126 ou maior *	200 ou maior	maior que 200, com sintomas *

Referência: LONGO *et al*, (2013).

## **4.2. Elaboração do Plano de Ação**

### **4.2.1. Caracterização do Problema**

A hipertensão arterial e o diabetes constituem importantes problemas de saúde pública no mundo atual com grande impacto no perfil de morbimortalidade e também nos custos dos sistemas de saúde e previdenciário. O manejo adequado desses problemas por parte do sistema de saúde constitui um grande desafio para os gestores e profissionais de saúde. A equipe de saúde da família Aeroporto é uma equipe nova, ainda em fase de implementação, sendo responsável, até o momento, por cerca de 2762 pessoas cadastradas, com 360 hipertensos e 100 diabéticos (números ainda provisórios). Os atendimentos a esse grupo representaram cerca de 30% dos atendimentos médicos individuais de março a outubro de 2015. Apesar do tempo dedicado a esses problemas por parte da equipe de saúde, o modelo atual de organização da atenção, o "HiperDia" e a "carteirinha" carece de eficiência e eficácia para o controle desses problemas de saúde apresentados pelos usuários.

A forma que encontramos para tentar resolver esse problema foi a priorização do controle de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com a implementação de uma Agenda Rotativa.

Para isso, devemos primeiro avaliar os nós críticos principais: elaborar uma classificação de risco e definir um protocolo de atendimento, para priorizar os pacientes mais graves; além de capacitar a equipe para implantar e, quem sabe no futuro, implementar a agenda rotativa.

#### 4.2.2. Classificação de Risco

A classificação de risco será definida levando-se em conta os níveis pressóricos pré-tratamento dos indivíduos (Quadro 1), os fatores de risco associados à HAS (Quadro 3) e a presença de lesões em órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Quadro 4).

A partir do cruzamento desses dados, teremos o Risco Cardiovascular Global conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 3: Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica

FATORES DE RISCO
Tabagismo
Dislipidemia
Idade > 55anos p/ homens e > 65anos p/ mulheres
HF de doença cardiovascular precoce em parentes de 1º grau (homens < 55anos e mulheres < 65anos)
Obesidade
Diabetes

(Fonte: 2007 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

Quadro 4: Lesões em Órgão Alvo e Condições Clínicas Associadas

LESÕES DE ÓRGÃO-ALVO (LOA)/CONDIÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS (CCA)
Hipertrofia ventricular esquerda
Microalbuminúria
Acidente vascular cerebral
Ataque isquêmico transitório
Angina
Infarto agudo do miocárdio
Revascularização miocárdica (cirúrgica ou angioplastia)
Insuficiência cardíaca
Doença arterial periférica
Retinopatia
Nefropatia

(Fonte: 2007 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

## Quadro 5: Classificação de Risco Cardiovascular

### Global

CLASSIFICAÇÃO	NORMAL	LIMÍTROFE	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 1	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 2	HIPERTENSÃO ESTÁGIO 3
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Moderado	Risco Alto
3 ou mais fatores de risco adicionais, LOA, CCA ou Diabetes	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

(Fonte: 2007 ESH/ESC Guidelines – Adaptado)

### 4.2.3. Definição do Protocolo de Acompanhamento

O protocolo de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos será definido de acordo com a classificação de risco (Quadro 5) e definirá os intervalos que cada paciente deverá ser consultado para a reavaliação clínica, a solicitação de exames complementares pertinentes para rastreamento de lesão em órgãos-alvo, de acordo com o Quadro 6 (SMS-BH, 2011).

### Quadro 06: Intervalos dos atendimentos aos pacientes com HAS/DM

	RISCO BAIXO	RISCO MODERADO	RISCO ALTO
Visitas domiciliares da ACS	1/mês	1/mês	1/mês
Ações coletivas	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano	2 ciclos/ano
Consultas de enfermagem	1/ano	1/ano	2/ano
Consultas médicas	1/ano	2/ano	3/ano

#### **4.2.4. Implantação da Agenda Rotativa**

Após a realização da classificação de risco e tendo como base os protocolos definidos será implantada a agenda rotativa com vistas à reorganização do acompanhamento clínico dos pacientes alvos desse projeto.

Essa será feita por meio de um fichário com espaço para colocar as fichas individuais de cada paciente, distribuídas entre os doze meses do ano. Cada paciente que for classificado e consultado terá sua receita renovada de acordo com o protocolo de acompanhamento (Quadro 6) e sua ficha será preenchida (nome, endereço, telefone, PA no dia da consulta, medicações que utiliza e a classificação de risco - baixo, moderado, alto) e essa será colocada no mês que ele deverá retornar. No mês anterior ao seu retorno, a enfermeira da equipe irá retirar todas as fichas referentes ao próximo mês e irá agendar consulta para todos aqueles pacientes que deverão retornar no devido mês e as ACSs irão entregar as consultas agendadas com antecedência para cada um dos pacientes

Partindo de três relatos de implantação de agendas rotativas para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos:

Em Ibirité – MG entre os anos de 2008 e 2010:

"através das ações de classificação e acompanhamento foi possível organizar o processo de trabalho da equipe e vincular os portadores de hipertensão e diabetes à Unidade de Saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático" (VIDIGAL, 2012, p.29).

Em Piranga - MG entre os anos de 2010 e 2011:

"constata-se que o fichário rotativo pode ser uma ferramenta importante para a organização do serviço de saúde. Em nosso serviço, após a implantação do fichário rotativo, foi notória a construção de maior vínculo com a população e o aumento do comparecimento às consultas. Através desta tecnologia, observa-se um maior controle na busca ativa dos faltosos, facilitando monitoramento destes, garantindo o aumento da adesão do usuário" (LANA, 2012, p.22).

Em Belo Horizonte - MG no ano de 2012:

"ao implantar o processo de reorganização da demanda, percebeu-se uma redução de quase 50% de agendamento de consultas. A implantação do arquivo rotativo significa um controle mais eficiente dos usuários. Assim, necessariamente estaremos contribuindo para a redução das complicações advindas da hipertensão e do diabetes. Outro dado importante que alavancou este processo de reorganização foi à busca ativa para o controle dos retornos programados, através do arquivo rotativo, contribuindo para que o usuário se inserisse no processo e aceitasse mais espontaneamente o aprendizado da promoção do auto cuidado no seu tratamento" (FONSECA, 2012, p.15).

Todos chegaram à mesma conclusão após a análise dos dados referentes à criação de vínculo, à adesão dos pacientes, à redução das complicações (principalmente nos pacientes classificados como alto risco) e uma melhora na organização da agenda da equipe, sobrando mais tempo para a demanda espontânea (com a redução das demandas facilmente preveníveis por complicações dos hipertensos e diabéticos).

#### **4.2.5. Capacitação da Equipe:**

Para o desenvolvimento das ações anteriormente citadas é necessário a capacitação da equipe para o desenvolvimento adequado das mesmas.

Inicialmente é necessário que todos os integrantes da equipe sejam informados sobre o *modus operandi* da Agenda Rotativa, seus benefícios, seus desafios, suas limitações, assim como as atribuições e a importância de cada membro da equipe para que o programa funcione.

Ao médico, caberão as funções de classificar os pacientes atendidos, firmar os diagnósticos (hipertensão/diabetes), investigar comorbidades, fatores de risco associados e lesões em órgãos-alvo, orientar quanto mudanças de hábitos de vida e, se necessário, iniciar a terapêutica medicamentosa, além de preencher a ficha do paciente com os dados referidos no item 4.2.4, depositá-la no mês em que o paciente deverá retornar para a reavaliação (de acordo com o protocolo de classificação de risco) e avisar a enfermagem quanto aos pacientes faltosos;

À enfermagem, caberão as funções de classificar os pacientes atendidos, orientar quanto mudanças de hábitos de vida, verificar no fichário quantos/quais pacientes deverão retornar no próximo mês, marcar as consultas na agenda e verificar, no caso dos faltosos, o motivo de sua falta à consulta para marcar uma nova consulta. Aqui vale ressaltar que as técnicas e auxiliares de enfermagem podem ajudar com essas funções (o que deverá ser acordado com os membros da equipe a despeito das disponibilidades de cada um);

Às ACSs, caberão as funções de entregar as marcações das consultas e, no caso dos faltosos, ajudar a enfermagem a descobrir o motivo da falta.

## 5. Plano de Ação:

O problema principal a ser enfrentado é a falta de acompanhamento e controle adequado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

O objetivo principal é intervir no acompanhamento de ambos os grupos de risco, como propõe o quadro que se segue:

<b>Nós Críticos</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Propor a implantação da classificação de risco como parte do processo de atendimento na UBS;</li><li>2. Elaborar e implantar protocolos assistenciais para o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos;</li><li>3. Propor como intervenção a utilização da agenda rotativa como forma de acompanhamento clínico dos pacientes atendidos.</li></ol>
<b>Operações</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Definir uma classificação de risco;</li><li>2. Baseado na classificação de risco, definir a periodicidade dos retornos para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos;</li><li>3. Implantar a agenda rotativa como produto final após classificar e definir o acompanhamento dos pacientes.</li></ol>
<b>Resultados esperados</b>	Classificar os pacientes para definir o risco cardiovascular e o período dos retornos para o acompanhamento ambulatorial adequado.
<b>Produtos esperados</b>	Trazer para a UBS um protocolo de atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, visando a melhoria da qualidade do acompanhamento e a redução das complicações inerentes a essas comorbidades.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<p>Para o desenvolvimento das ações anteriormente citadas é necessário a capacitação da equipe para o desenvolvimento adequado das mesmas.</p> <p>Inicialmente é necessário que todos os integrantes da equipe sejam informados sobre o <i>modus operandi</i> da</p>



	<p>Agenda Rotativa, seus benefícios, seus desafios, suas limitações, assim como as atribuições e a importância de cada membro da equipe para que o programa funcione.</p> <p>Ao médico, caberão as funções de classificar os pacientes atendidos, firmar os diagnósticos (hipertensão/diabetes), investigar comorbidades, fatores de risco associados e lesões em órgãos-alvo, orientar quanto mudanças de hábitos de vida e, se necessário, iniciar a terapêutica medicamentosa, além de preencher a ficha do paciente com os dados referidos no item 4.2.4, depositá-la no mês em que o paciente deverá retornar para a reavaliação (de acordo com o protocolo de classificação de risco) e avisar a enfermagem quanto aos pacientes faltosos;</p> <p>À enfermagem, caberão as funções de classificar os pacientes atendidos, orientar quanto mudanças de hábitos de vida, verificar no fichário quantos/quais pacientes deverão retornar no próximo mês, marcar as consultas na agenda e verificar, no caso dos faltosos, o motivo de sua falta à consulta para marcar uma nova consulta. Aqui vale resaltar que as técnicas e auxiliares de enfermagem podem ajudar com essas funções (o que deverá ser acordado com os membros da equipe a despeito das disponibilidades de cada um);</p> <p>Às ACSs, caberão as funções de entregar as marcações das consultas e, no caso dos faltosos, ajudar a enfermagem a descobrir o motivo da falta.</p>
<p><b>Recursos necessários</b></p>	<p>Estrutural: Unidade de Saúde Jardim Kennedy I.</p> <p>Cognitivo: Estudos de protocolos, modelos e fluxogramas já existentes.</p> <p>Financeiro: Baixo custo, apenas a impressão das fichas individuais para disponibilização no PSF.</p> <p>Político: Adesão da Equipe de Saúde da família (ESF)</p>

	Aeroporto para a utilização do protocolo e do arquivo rotativo.
<b>Recursos críticos</b>	Adesão e apoio da ESF Aeroporto.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Essa será feita por meio de um fichário com espaço para colocar as fichas individuais de cada paciente, distribuídas entre os doze meses do ano. Cada paciente que for classificado e consultado terá sua receita renovada de acordo com o protocolo de acompanhamento (Quadro 6) e sua ficha será preenchida (Nome, Endereço, Telefone, PA no dia da consulta, Medicamentos que utiliza e o Risco - baixo, moderado, alto) e essa será colocada no mês que ele deverá retornar. No mês anterior ao seu retorno, a enfermeira da equipe irá retirar todas as fichas referentes ao próximo mês e irá agendar consulta para todos aqueles pacientes que deverão retornar no devido mês e as ACSs irão entregar as consultas agendadas com antecedência para cada um dos pacientes.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realização de uma capacitação com a enfermagem, as técnicas e auxiliares de enfermagem e as ACS's sobre a importância desse projeto e a necessidade da participação de cada uma das partes envolvidas. Estímulo ao uso dos protocolos e discussões de casos em reuniões de equipe.
<b>Responsáveis:</b>	Médica: Disponibilização dos fluxogramas de acolhimento como guia de consulta rápida. Médica e/ou enfermeira: Capacitação das técnicas de enfermagem para a utilização do fluxograma para o acolhimento. Técnicas de enfermagem: Utilização do fluxograma e protocolo para organização da demanda espontânea em cada turno de atendimento no PSF. Enfermeira: Controle e continuidade do uso pela equipe.

<b>Cronograma / Prazo</b>	Sem prazo definido
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Protocolo e Arquivo Rotativo: acompanhamento do protocolo e do arquivo rotativo pela própria equipe. Por meio do monitoramento da frequência dos pacientes, da busca ativa dos faltosos, de aperfeiçoamento da classificação de risco, nas reuniões de equipe e em grupos operativos e, quem sabe, no futuro, oferecer não apenas consultas médicas, mas também consultas multidisciplinares para os pacientes mais necessitados.

## 6. Considerações Finais

Esse trabalho visa reorganizar o processo de trabalho em uma UBS, definindo um protocolo de atendimento a um grupo de risco cada vez mais incipiente no mundo todo: os hipertensos e diabéticos. O objetivo é criar uma forma, por meio do Arquivo Rotativo, de acompanhar de perto cada um desses pacientes, priorizando aqueles que mais necessitam de atendimento, sem perder de vista aqueles que apresentam formas mais leves e/ou controladas das doenças.

Vale ressaltar aqui a minha própria experiência com a agenda rotativa na cidade de Belo Horizonte, onde trabalhei em uma UBS do Barreiro de 2009 até 2012, percebi claramente uma melhora significativa nos controles pressóricos e glicêmicos dos pacientes, redução de complicações muito comuns na UBS, desde as mais simples, como: receitas vencidas, pacientes sem medicações; até as mais graves: crise hipertensiva, crise hiperosmolar, AVCs, descompensação de ICC, dentre outros. Além disso, a adesão dos pacientes melhorou bastante e houve melhora significativa no vínculo entre toda a equipe e os pacientes.

## 7. REFERÊNCIAS

ANA, Angélica Nogueira Oliveira . **A implantação do fichário rotativo para organização da agenda do hiperdia: relato de experiência.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Conselho Lafaiete, 2012. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3810.pdf>

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Diabetes Mellitus e Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular.** Belo Horizonte: SMSA, 2011b. Disponível: [www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/diabetes.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/diabetes.pdf)

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular.** Belo Horizonte: SMSA, 2011a. Disponível: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.doevento=download&urlArqPlc=protocolo\\_hipertensao.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.doevento=download&urlArqPlc=protocolo_hipertensao.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de**

**Indicadores do SUS N° 7.** Brasília: MS, 2010b. Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel\\_de\\_indicadores\\_7\\_final.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf)

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 2010. 68p

FONSECA, Edna Maria da . **Reorganização do processo de acompanhamento de hipertensos e diabéticos.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte, 2010. 21f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2914.pdf>

LONGO, I. et al. **Medicina interna de Harrison.** 18ª edição. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional de 2010.** Belo Horizonte: IBGE, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

VIDIGAL, Eliane Nepomuceno . **Estratégia para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos em um centro de saúde de Belo Horizonte - relato de experiência .** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Lagoa

Santa, 2012. 41f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3750.pdf>