

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO PARA ORGANIZAÇÃO
DA AGENDA DO HIPERDIA: relato de experiência**

ANGÉLICA NOGUEIRA OLIVEIRA LANA

CONSELHEIRO LAFAIETE / MG

2012

ANGÉLICA NOGUEIRA OLIVEIRA LANA

A IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO PARA ORGANIZAÇÃO
DA AGENDA DO HIPERDIA: relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Eliane Marina Palhares
Guimarães

CONSELHEIRO LAFAIETE / MG

2012

ANGÉLICA NOGUEIRA OLIVEIRA LANA

A IMPLANTAÇÃO DO FICHÁRIO ROTATIVO PARA ORGANIZAÇÃO
DA AGENDA DO HIPERDIA: relato de experiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Eliane Marina Palhares
Guimarães

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a Eliane Marina Palhares Guimarães (orientadora)

Prof^a Dr^a Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG/UNA)

Aprovada em Belo Horizonte, 07 /08 /2012

RESUMO

Trata-se de um estudo cujo objetivo foi relatar a experiência da ESF Pró-Saúde com a implantação do fichário rotativo na organização da agenda do HIPERDIA, de acordo com a linha guia, para os usuários cadastrados no programa HIPERDIA pela ESF Pró-Saúde do município de Piranga no período de 2010 e 2011. Justifica-se pelo destaque atribuído à atenção à saúde do adulto, em especial, à hipertensão e diabetes que são doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública. O estado de Minas Gerais vem trabalhando com o objetivo de organizar todos os níveis assistenciais vinculados aos portadores de hipertensão e diabetes mellitus. Com a implantação da linha guia do HIPERDIA, o Estado propõe nortear o profissional e a equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para esses pacientes. Foram analisados dados disponíveis em base de dados do Departamento Municipal de Saúde de Piranga (Sistema de Informação em Saúde – SIAB), o diagnóstico de saúde realizado pela equipe Pró-Saúde e as fichas do fichário rotativo do HIPERDIA. Também foi realizada uma revisão de literatura para fundamentação teórica da organização do processo de trabalho proposta. Os resultados estão apresentados em forma de tabela que evidenciam crescente adesão às consultas do HIPERDIA com a implantação do fichário rotativo na unidade básica de saúde.

Palavras chave: Diabetes mellitus. Hipertensão. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Attention to adult health is worthy of emphasis, whereas hypertension and diabetes are chronic diseases very frequent, constituting serious health problems. The state of Minas Gerais has been working with the goal of organizing all levels of care related to patients with hypertension and diabetes mellitus. With the implementation of the guideline HIPERDIA the State proposes to guide the professional and health professionals regarding the appropriate clinical management for these patients. The objective of this study is to report the experience of the ESF Pro-Health with the implementation of the binder rotary HIPERDIA organization's agenda in accordance with the line guide for users in the ESF program HIPERDIA by Pro-Health in the city of Piranga period 2010 and 2011. We analyzed data available in the database of the Department of Health of Piranga (Health Information System - SIAB), health diagnosis performed by the team Pro-Health and chips from rotary HIPERDIA binder. We also performed a literature review for the theoretical foundation of experience to be reported. The results are shown in tabular form. After the analysis there is growing acceptance of HIPERDIA consultations after the implementation of the binder rotary basic health unit.

Keywords: Diabetes Mellitus . Hypertension Family Health Program

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVO.....	09
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
3.1 DIABETES MELLITUS.....	10
3.1.1 Epidemiologia.....	11
3.1.2 Fisiopatologia.....	11
3.1.3 Tipo de diabetes mellitus.....	13
3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	14
4 METODOLOGIA.....	16
5 PRÁTICA VIVENCIADA.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária é constituída por um conjunto de ações que abrange a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, sendo a porta de entrada do usuário para o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2006). O SUS propõe um modelo assistencial de saúde focado no cuidado à saúde da população com ações que extrapolam a prática curativista. Neste cenário, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituída, principalmente, por medidas de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, tem como objetivo atender às demandas da população, melhorando a qualidade de vida da comunidade. A ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde e de intervenção na atenção à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2008).

A ESF envolve o atendimento à criança e ao adolescente, a assistência à mulher, a proteção da saúde e prevenção das doenças do adulto e do idoso, sendo esta última merecedora de destaque, considerando que a hipertensão e diabetes são doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes e constituem sérios problemas de saúde pública. Segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença. Destes, 75% recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento no Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (IBGE, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006, p.7), “o número de portadores de Diabetes Mellitus em todo o mundo era de 177 milhões em 2010, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025.” Segundo Camacho (2008, p. 46), o Diabetes afeta cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões de pessoas) e 5% da população de Portugal (500 mil pessoas). O aumento do índice de Diabetes em países em desenvolvimento segue a tendência mundial, estando relacionado às condições de urbanização e mudança de estilo de vida.

O estado de Minas Gerais vem trabalhando com o objetivo de organizar todos os níveis assistenciais vinculados aos portadores de hipertensão e diabetes mellitus. Com a implantação da Linha Guia do HIPERDIA, o Estado propõe nortear o profissional e a equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para esses pacientes. Entre as intervenções previstas, inclui estimular a forma assistencial multidisciplinar para alcançar, com ações estratégicas individuais e coletivas, não apenas a prevenção das complicações decorrentes destas patologias, mas também a promoção da saúde e prevenção primária para a família destes pacientes (SES/MG, 2007).

Neste contexto, faz-se necessária a implementação das ações propostas pela Linha Guia HIPERDIA como instrumento normativo para orientar o profissional e a equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para os pacientes diabéticos e hipertensos. Diante do exposto, é objetivo deste estudo organizar uma agenda do HIPERDIA de acordo com a linha guia para os usuários cadastrados no programa HIPERDIA pela ESF Pró-Saúde do município de Piranga.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência da ESF Pró-Saúde com a implantação do fichário rotativo na organização da agenda do HIPERDIA de acordo com a linha guia para os usuários cadastrados no programa HIPERDIA pela ESF Pró-Saúde do município de Piranga.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar conforme descrito por Starfield (2002).

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua.

De acordo com Starfield (2002), a atenção primária lida com problemas rotineiros e menos definidos, o que inclui a necessidade de serviços preventivos e continuados.

Segundo Ministério da Saúde, um dos principais desafios da saúde pública são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT porque ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e representam o maior custo para os sistemas de saúde, suas famílias e a sociedade em geral, especialmente dos países de baixa e média renda (BRASIL, 2011).

Estimativa da Organização Mundial de Saúde – OMS aponta que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas de mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90 (BRASIL, 2011).

Doenças crônicas como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial assumiram ônus crescente e preocupante, constituindo-se em sérios problemas de saúde pública.

3.1 DIABETES MELLITUS

Segundo Walker (2001, p. 34), “diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde”.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o diabetes é o conjunto de doenças metabólicas que tem como característica a hiperglicemia e, associadas às complicações, disfunções e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Embora ainda não exista cura para o Diabetes, existem tratamentos que quando seguidos regularmente proporcionam melhor qualidade de vida para os diabéticos (WALKER, 2001).

3.1.1 Epidemiologia

Diabetes é uma doença comum e em constante crescimento na população. Em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e estima-se que, em 2025, alcançará o índice de 5,4%. Em países em desenvolvimento este aumento será mais acentuado, sendo nesses países, o padrão atual de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006, p.9).

No fim da década de 1980, no Brasil, o Diabetes atingia cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, morando em cidades brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas etárias de 30-39 anos e de 60-69 anos. A prevalência de tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006).

O diabetes está na lista das cinco doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Por pelo menos 20 anos, estima-se que o número de diabéticos na América do Norte irá aumentar consideravelmente. Em 2005 eram em torno de 20,8 milhões de pessoas com diabetes somente nos Estados Unidos. De acordo com a *American Diabetes Association* existem cerca de 6.2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas. Os Centros de Controles de Doenças classificaram o aumento da doença como epidêmico, e a *National Diabetes Information Clearinghouse* (NDIC) fez uma estimativa de US\$132 bilhões de dólares gastos no tratamento da mesma, somente para os Estados Unidos este ano (CAMACHO, 2008).

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

3.1.2 Fisiopatologia

O pâncreas é o órgão responsável pela produção do hormônio denominado insulina, responsável pela regulação da glicemia, definido como o nível de glicose no sangue. Para que as células das diversas partes do corpo humano possam realizar o processo de respiração aeróbica (utilizar glicose como fonte de energia) é necessário que a glicose

esteja presente na célula. Portanto, as células possuem receptores de insulina (tirosina quinase) que, quando acionados, "abrem" a membrana celular para a entrada da glicose presente na circulação sanguínea. Uma falha na produção de insulina resulta em altos níveis de glicose no sangue, já que esta última não é devidamente dirigida ao interior das células (CAMACHO, 2008).

Visando manter a glicemia constante, o pâncreas também produz outro hormônio antagônico à insulina, denominado glucagon. Ou seja, quando a glicemia cai, mais glucagon é secretado, visando restabelecer o nível de glicose na circulação. O glucagon é o hormônio predominante em situações de jejum ou de estresse, enquanto a insulina tem seus níveis aumentados em situações de alimentação recente.

A insulina é o principal hormônio responsável por regular a quantidade de glicose absorvida pela maioria das células a partir do sangue; a sua deficiência ou a insensibilidade de seus receptores desempenham um papel importante em todas as formas da diabetes mellitus (CAMACHO, 2008).

Grande parte do carboidrato dos alimentos é convertida, em poucas horas, no monossacarídeo glicose, o principal carboidrato encontrado no sangue. Alguns carboidratos não são convertidos. Alguns exemplos incluem a frutose que é utilizada como um combustível celular, mas não é convertida em glicose e não participa no mecanismo regulatório metabólico da insulina/glicose; adicionalmente, o carboidrato celulose não é convertido em glicose, já que os humanos e muitos animais não têm vias digestivas capazes de digerir a celulose (CAMACHO, 2008).

Para Camacho (2008), a insulina é liberada no sangue pelas células beta (células- β) do pâncreas em resposta aos níveis crescentes de glicose no sangue, como por exemplo, após uma refeição. A insulina habilita a maioria das células do corpo a absorverem a glicose do sangue e a utilizarem como combustível para a conversão em outras moléculas necessárias ou para armazenamento. A insulina é também o sinal de controle principal para a conversão da glicose em glicogênio, para armazenamento interno nas células do fígado e musculares. Níveis reduzidos de glicose resultam em níveis reduzidos de secreção de insulina a partir das células *beta*, e na conversão reversa de glicogênio a glicose, quando os níveis de glicose caem.

Níveis aumentados de insulina aumentam muitos processos anabólicos de crescimento, como o crescimento e duplicação celular, síntese protéica e armazenamento de gordura.

Se a quantidade de insulina disponível é insuficiente, se as células respondem mal aos efeitos da insulina, tais como, insensibilidade ou resistência à insulina, ou se a própria insulina está defeituosa, a glicose não será administrada corretamente pelas células do corpo ou armazenada corretamente no fígado e músculos. O *efeito dominó* são níveis altos

persistentes de glicose no sangue, síntese proteica pobre e outros distúrbios metabólicos, como a acidose (CAMACHO, 2008).

3.1.3 Tipo de diabetes mellitus

Segundo Vaisman (1994), o termo diabetes, geralmente se refere à diabetes mellitus, mas existem muitas outras condições, mais raras, também denominadas como "diabetes". A mais comum delas é a diabetes insípida (insípida significa "sem gosto" em latim) na qual a urina não é glicosada. Esta diabetes pode ser causada por danos aos rins ou à glândula pituitária.

Na forma mais comum de sua manifestação, a diabetes mellitus é classificada como diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional e ainda, outros tipos específicos como as relacionadas à endocrinopatias, infecções e induzidas por medicamentos ou produtos químicos (SES/MG, 2007)

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007), a diabetes tipo 1, no período pré-clínico, os sintomas só se manifestam quando da destruição de 80 a 90% da massa funcional de células beta e são intermitentes. No período clínico, o diagnóstico da doença oscila habitualmente entre 1 e 6 semanas; o indivíduo costuma apresentar sinais de desidratação e desnutrição graves, lesões decorrentes de micose oral e genital. Os sintomas têm início abrupto, a massa corpórea é magra e o indivíduo apresenta tendência à cetose. Neste tipo de diabetes há pouca influência hereditária.

No diabetes tipo 2, o indivíduo apresenta pouco sintomas e podem ser até mesmo assintomáticos. Neste tipo de diabetes, a hereditariedade é um fator fortemente presente, a massa corpórea caracteriza-se pela obesidade abdominal e a tendência à cetose é pouco freqüente, exceto em situações de estresse (SES/MG, 2007).

No que diz respeito à diabetes gestacional, a mesma é devida à intolerância aos carboidratos, em variados graus de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir durante o parto. Recomenda-se a solicitação do teste de glicemia de jejum na primeira consulta do pré-natal e, caso seja negativo, deve ser repetido após a 20ª semana de gestação. É indicado o rastreamento do diabetes gestacional para todas as gestantes com presença ou não de fatores de risco devido à simplicidade de adoção do teste e a possibilidade de intervenção terapêutica precoce, por meio do teste de glicemia de jejum (SES/MG, 2007).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo Ribeiro (1996), denomina-se hipertensão arterial aquela situação clínica que se caracteriza por elevação dos níveis tensionais acima dos valores normais da pressão arterial sistêmica. A hipertensão arterial é moléstia de múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifatorial e pode ou não, no momento de sua detecção, ser acompanhada de lesões em seus órgãos-alvo (vasos, coração, retina, rins, dentre outros). Na maioria das vezes, na condição de hipertensão arterial, os valores da pressão sistólica e da diastólica estão aumentados.

Os valores normais da pressão arterial são difíceis de definir, não havendo um valor fixo acima do qual podemos enquadrar um paciente como hipertenso. Na realidade, há um *continuum* de valores de pressão arterial que estão distribuídos de tal modo a formar uma curva, em forma de sino, sem a ocorrência de uma separação real entre normotensão e hipertensão. Por outro lado, quando se observam resultados de estudos populacionais, fica evidente que, quanto maiores os níveis pressóricos, maior será a ocorrência de eventos cardiovasculares. Assim, de acordo com a tabela 1, pequenos aumentos da pressão arterial promovem, quando não tratados, progressiva diminuição da expectativa de vida, evidenciando o caráter quantitativo da variável pressão arterial (RIBEIRO, 1996).

Tabela 1 – Pressão Arterial e expectativa de vida para pacientes com 35 anos

Pressão arterial	Expectativa de vida	Redução observada
120/80	+ 41 1/2 anos	-----
130/90	+37 1/2 anos	10%
140/95	+32 1/2 anos	22%
150/100	+25 anos	40%

Fonte: RIBEIRO, 1996.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2007), em serviços de atenção básica à saúde, a prevalência das HAS secundárias é inferior a 1% dos casos de hipertensão. Quadros com início súbito e grave ou em faixas etárias incomuns, antes dos 30 e após os 50 anos de idade, ausência de história familiar, hipertensão de difícil controle e/ou resistente à terapia medicamentosa, picos tensionais graves e freqüentes e hipertensão anteriormente bem controlada, com evolução desfavorável e sem causa aparente são sugestivos de causas secundárias de HAS.

Para Muniz (2002), quando há ocorrência de hipertensão arterial as artérias vão se ramificando em vasos cada vez menores até atingir raminhos muito estreitados, as arteríolas, que se comunica com os capilares.

Se as arteríolas se estreitarem ainda mais, logicamente vão oferecer maior resistência à passagem do sangue e o coração terá que bater mais fortemente. Com isso, aumenta a pressão dentro das artérias. Esta elevação tensional causada pela maior resistência das arteríolas, a chamada resistência periférica, representa o principal mecanismo responsável pelo aumento da pressão arterial (MUNIZ, 2002).

A resistência periférica pode ser provocada pela diminuição da luz arteriolar¹ causada por lesões orgânicas, ou por uma espécie de espasmo arteriolar. As emoções, o medo, a ansiedade, os exercícios e o fumo podem causar espasmos arteriulares e, assim, um aumento da pressão arterial. Desta forma, a ocorrência ocasional de uma pressão elevada não significa obrigatoriamente que o indivíduo seja hipertenso (MUNIZ, 2002).

Ainda para o autor, em muitas pessoas, o simples fato de se colocar no braço o aparelho de pressão provoca emoção suficiente para elevar discretamente os níveis tensionais. Por isso, deve-se medir a pressão diversas vezes durante a consulta, uma vez que a primeira verificação sofre mais a influência do fator emocional.

Para Santello (2002), se não tratada, a pressão alta pode ocasionar derrames cerebrais, doenças no coração, como infarto, insuficiência cardíaca, angina, insuficiência renal ou paralisção dos rins e alterações na visão que podem levar à cegueira.

A maioria das pessoas com pressão alta não apresenta nenhum sintoma no início da doença, por isso ela é chamada de “inimiga silenciosa”. A única forma de saber se a pressão está alta é verificando regularmente os seus valores, o que pode ser feito em ambulatórios e hospitais.

Os sintomas principais atribuídos ao aumento da pressão são dor de cabeça, cansaço, tonturas, sangramento pelo nariz, porém, esses podem não estar associados à pressão alta (SANTELLO, 2002).

Por se tratar de uma patologia crônica, o tratamento da hipertensão é permanente, durando por toda a vida do indivíduo. A adesão ao plano terapêutico ocorrerá à medida que o usuário conheça a patologia e suas consequências a longo prazo e os benefícios advindos do alcance e da manutenção das metas instituídas.

¹ Diâmetro da arteríola.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um relato de experiência vivenciada pela Equipe Saúde Pró-Saúde, do município de Piranga, Minas Gerais, na reorganização do programa do HIPERDIA, no período de 2008 a 2010.

Para o desenvolvimento deste estudo foram analisados dados disponíveis em bases de dados do Departamento Municipal de Saúde Piranga (Vigilância em Saúde, do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e o Diagnóstico de Saúde realizado pela equipe de PSF Pró-Saúde. A revisão de literatura contribuiu para fundamentação teórica da experiência a ser relatada.

Realizou-se um levantamento e análise de 100 fichas de usuários hipertensos ou diabéticos cadastrados e estratificados na ESF Pró-Saúde, que realizaram ou não, consultas no período de 2010 a 2011, na ESF Pró-Saúde.

Após o levantamento e análise dos dados, foram obtidos resultados relativos ao número de pacientes faltosos e o índice de adesão após a implantação do fichário rotativo.

Descrição do cenário

No município de Piranga, local onde foi realizado este estudo, o cenário de saúde da população não era diferente, e por assim ser, apontava a necessidade de uma intervenção para melhor acompanhamento do paciente, garantindo sua adesão ao tratamento.

O município de Piranga é coberto por seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas na zona urbana e quatro na zona rural, correspondendo a 100% de cobertura a uma população estimada, em 2010, de 17.511 (dezessete mil, quinhentos e onze habitantes), o que corresponde a uma densidade populacional de 26,16 hab/km² (IBGE, 2010).

O número de hipertensos no município é de 2.877 e de 586 diabéticos. Estes números demonstram a necessidade de envidar esforços para implementação e otimização das ações assistenciais a esse grupo populacional. Entre estas ações, a consulta de enfermagem destaca-se pela sua importância e intervenção na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A equipe de Saúde da Família em estudo, denominada Pró-Saúde, é constituída por 15 profissionais, sendo três de nível superior (médica, enfermeira e cirurgião dentista), cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde. De acordo com os dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), a população da área de abrangência da equipe Pró-Saúde é constituída por 2.649 (duas mil e seiscentas e quarenta e nove) pessoas distribuídas em 696 (seiscentas e noventa e seis)

famílias cadastradas. Entre a população, 1.329 (mil e trezentas e vinte nove) são do sexo masculino e 1.320 (mil trezentas e vinte) do sexo feminino. O número de hipertensos é de 476 e diabéticos de 95 (noventa e cinco), segundo dados extraídos do SIAB (2011).

Na vivência do trabalho na unidade de saúde de Piranga os principais problemas encontrados no HIPERDIA foram a dificuldade de adesão dos pacientes ao tratamento e, no âmbito do serviço, a dificuldade na organização de uma agenda eficaz do HIPERDIA. O objetivo proposto na Linha Guia é nortear o profissional e a equipe de saúde em relação ao manejo clínico adequado para esses pacientes, estimulando ações individuais e coletivas prevenindo possíveis complicações das patologias, atuando também na promoção e prevenção da saúde para a família destes pacientes (SES/MG, 2006).

No ano de 2008, os pacientes hipertensos e diabéticos procuravam a Unidade Básica de Saúde por livre demanda, ou seja, procuravam a unidade para aferir a pressão arterial ou fazer a glicemia capilar e, quando os resultados estavam alterados, estes pacientes eram encaminhados para consulta com o médico ou enfermeira, outras vezes, os mesmos procuravam atendimento para renovar as receitas. A busca ativa e o cadastro do HIPERDIA não eram realizados, visto que era utilizados apenas a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e o prontuário para o registro do atendimento, não tendo o controle da presença dos pacientes às consultas do HIPERDIA.

Em 2009, foi implantado o Protocolo de Saúde do Adulto no município, foi realizada a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos (ANEXO 1), iniciando assim a consulta do HIPERDIA. Durante aquele ano observou-se que o serviço não fazia o controle da periodicidade das consultas. Em 2010 foi introduzido o fichário rotativo com o objetivo de controlar o comparecimento dos usuários e, conseqüentemente, facilitar a busca ativa dos faltosos e melhorar a vigilância sobre estes pacientes.

O uso do fichário rotativo tem como objetivo controlar o comparecimento de usuários à consulta do HIPERDIA, facilitando a busca ativa dos pacientes faltosos. O fichário rotativo do HIPERDIA (ANEXO 2) é dividido em 02(duas) partes (ano atual/ ano seguinte), sendo cada parte referente aos doze meses do ano.

No dia da consulta, a ficha (ANEXO 3) do usuário que será atendido é separada e utilizada durante a consulta, sendo feitas as anotações requeridas, também no prontuário do mesmo. Após a realização da consulta a ficha é colocada no fichário, no mês referente ao retorno de acordo com a estratificação de risco (ANEXO 4). O retorno do paciente é agendado segundo a periodicidade definida pela linha guia e a ficha é arquivada no mês correspondente da próxima consulta.

As consultas são agendadas pelo enfermeiro de acordo com a disponibilidade da agenda. O convite com a marcação da consulta é entregue aos pacientes pelas Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a data, local e horário da realização da consulta. As

marcações são feitas de acordo com o cronograma da equipe, de forma a organizar e facilitar o trabalho.

Pensando na grande dificuldade de adesão dos pacientes, a introdução do fichário rotativo foi considerada como uma possibilidade de captação dos usuários faltosos da área de abrangência, além da organização do trabalho, padronizando a forma de monitoramento dos mesmos.

5 PRÁTICA VIVENCIADA

Durante reunião que acontece todo início de ano (2010), a coordenadora do Programa de Saúde da Família (PSF) mostrou-se preocupada com a baixa adesão dos pacientes às consultas do HIPERDIA. Este havia sido implantado desde 2009, sendo o único programa de saúde do município que tinha baixa adesão dos usuários.

Em 2008, o atendimento era realizado por livre demanda e a unidade não usava o fichário rotativo como método de controle e organização do serviço e busca ativa de pacientes diabéticos e hipertensos.

Em 2009, após implantação do HIPERDIA, iniciou-se a classificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos de acordo com a ficha de cadastro do programa (ANEXO 1) as quais eram preenchidas pelas ACS's durante a realização dos grupos operativos. No entanto, este fluxo não garantia o comparecimento do paciente às consultas, conforme agendamento prévio.

Em 2010, o município adotou o fichário rotativo como método de controle e organização do trabalho. A proposta era dinamizar o trabalho e trazer mais eficiência na busca ativa dos faltosos, buscando a melhoria na cobertura total.

Diante destes fatos, precisávamos construir uma agenda eficaz que atendesse conforme proposto na linha guia do programa HIPERDIA e de forma sistemática.

O primeiro passo foi fazer novamente a estratificação de risco de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, usando o formulário próprio para estratificação de risco. (ANEXO1). No intuito de subsidiar a organização do processo de trabalho da equipe seguimos as recomendações, respeitando a estratificação de risco na hipertensão e diabetes. Estas recomendações visam destinar uma concentração maior de atendimento programado para usuários que apresentam maior gravidade da doença e, desta forma, garantindo a equidade (ANEXO 4).

Após realizar a estratificação foi feita reunião com os profissionais, pois agora já tínhamos a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência e precisávamos de uma ferramenta para facilitar a organização da agenda do HIPERDIA. Foi criado então o fichário rotativo do HIPERDIA. (ANEXO 2). Estas fichas do fichário rotativo do hiperdia são arquivadas em uma caixa e separadas pelos meses do ano. No dia da consulta, a ficha do usuário que será atendido é separada, são feitas as anotações necessárias na ficha (estratificação de risco, medicações em uso, data da consulta, exames solicitados) e no prontuário e após a consulta a ficha é colocada no arquivo rotativo no mês de referência em que ele deverá retornar à UBS. O retorno é agendado de acordo com o atendimento programado do HIPERDIA. (ANEXO 4) e é anotado a lápis no fichário rotativo o nome do profissional que atenderá o paciente.

As consultas são agendadas na própria UBS e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é responsável para entregar ao paciente as datas de todas as consultas.

Para a realização deste estudo foram analisadas 100 (cem) fichas de cadastro de pacientes do fichário rotativo e analisadas de acordo com a classificação de risco (baixo, médio, alto e muito alto) do HIPERDIA e com o nível de comparecimento às consultas após a implantação do fichário rotativo e comparativo de consultas realizadas nos anos de 2010 e 2011, conforme demonstrado nas tabelas a seguir:

Tabela nº 01 Número de consultas analisadas segundo classificação de risco.

Classificação de risco	Número de pacientes
Risco baixo	15
Risco médio	32
Risco alto	38
Risco muito alto	15
TOTAL	100

Fonte: Ficha cadastro HIPERDIA

Tabela nº 02 Consultas agendadas e comparecimento dos pacientes segundo nível de classificação de risco, em 2010 e 2011.

Classificação de risco	Consultas agendadas	Comparecimento à consulta 2010	Comparecimento à consulta 2011
Risco baixo	15	5	9
Risco médio	32	18	25
Risco alto	38	22	31
Risco muito alto	15	7	11
Total	100	52	76

Fonte: Ficha cadastro HIPERDIA

Com a implantação do fichário rotativo, a equipe pode perceber o resultado positivo em relação ao número de consultas realizadas, ou seja, ao comparecimento do paciente para a consulta, conforme demonstrado na Tabela 2. Porém, o número de comparecimentos ainda não atingiu 100%, o que permite inferir que parte dos pacientes são resistentes ao atendimento primário.

Em 2010, a frequência foi de 52 comparecimentos em uma amostra de 100 usuários. Em 2011, após a implantação do fichário rotativo, obteve-se um aumento dos comparecimentos à consulta em relação ao ano anterior, atingindo a marca de 76

comparecimentos em uma amostra de 100 usuários. Com a aplicação do fichário rotativo, a organização e convocação para consultas tornaram-se mais eficientes, uma vez que houve uma maior captação dos usuários, a partir do controle do comparecimento às consultas, realizado mês a mês. Quanto aos pacientes faltosos é feita busca ativa para conhecer a justificativa do não comparecimento às consultas e remarcação da mesma.

O fichário rotativo tornou-se uma ferramenta que possibilitou perceber o resultado positivo decorrente do controle eficaz para a convocação e participação de grande parte dos usuários na consulta do HIPERDIA.

Apesar das dificuldades encontradas, conta-se com o apoio da gestão local de Piranga, visto que, os insumos necessários são disponibilizados de forma a atender a demanda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família constitui uma nova maneira de reversão do modelo assistencial centrado na doença, para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

Promover adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melittus, por meio de estratégias que elevem o controle da doença, traz benefícios não só para as instituições de saúde, bem como melhoram o tratamento no nível da atenção primária. A introdução da consulta do HIPERDIA e do fichário rotativo foi uma das medidas implementadas para controle do comparecimento do usuário às consultas agendadas.

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.

Considerando a grande extensão territorial do município e a dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS), a introdução do fichário rotativo foi de suma importância para a organização do serviço, promovendo maior controle e captação dos hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência.

Além disto, a realização deste trabalho contribuiu para minha formação profissional, pessoal e de toda a equipe que de alguma forma participa de todas as atividades desenvolvidas e resultados alcançados na unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Diabete Mellitus. **Caderno de atenção a saúde**, v. 16. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia**. Brasília: SES, 2011.

CAMACHO, P. M. **Endocrinologia baseada em evidências**. São Paulo: Pauline, 2008.

IBGE. **Hipertensão no Brasil**. Rio de Janeiro: 2004.

_____. **Hipertensão no Brasil**. Rio de Janeiro: 2010.

MUNIZ, M. **Hipertensão arterial: o inimigo silencioso, como vencê-lo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

OMS. Diabete Mellitus. São Paulo: 2006.

RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

Rodrigues DC, Taba MJ, Novaes AB, Souza SL, Grisi MF. Effect of nonsurgical periodontal therapy on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Periodontol* 2006; 74: 1361-1367.

SANELLO, J. L. **Manual de hipertensão**. São Paulo: Vozes, 2002.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Saúde em casa**. Belo Horizonte: SES, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA. Departamento Municipal de Saúde. Piranga, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Brasília: UNESCO, 2002.

VAISMAN, M. **Gravidez e diabetes**. Rio de Janeiro: Cultura médica, 1994.

WALKER, R. **Diabetes tipo 2 - Respostas às suas perguntas**. Rio de Janeiro: Civilização, 2001.

ANEXO 1

MS – HIPERDIA PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		1.ª Via: Enviar para digitação CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	Pais de Origem
Data Naturalização / /		Nº Portaria	
UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS
DOCUMENTOS GERAIS			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF
CPF	Número	PIS/PASEP	Número
Data de Emissão / /			
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (**)			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV)
Data de Emissão / /		UF	
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório	
	Folha	Termo	Livro
Data de Emissão / /			
ENDEREÇO (*)			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro		Número
Bairro	CEP	DDD	Telefone
Complemento			
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			
Diabetes Tipo 1			
Diabetes Tipo 2			
Tabagismo			
Sedentarismo			
Sobrepeso/Obesidade			
Hipertensão Arterial			
Presença de Complicações			
Infarto Agudo Miocárdio		Não	Sim
Outras coronariopatias			
AVC			
Pé diabético			
Amputação por diabetes			
Doença Renal			
TRATAMENTO			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
Medicamentoso			
Tipo		Comprimidos/dia	
		1/2	1 2 3 4 5 6
Unidades/dia			
Hidroclorotiazida 25mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Glibenclâmida 5mg			
Metformina 850 mg			
Insulina			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)	

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

VERSO DA FICHA DE CADASTRO DO HIPERTENSO E DIABÉTICO

Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico Pressão Arterial (mmHg)

Outros fatores de risco ou doença	Risco Estratificado		
	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS \geq 180 ou PAD \geq 110
I- Sem outros fatores de risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto
II- 1-2 Fatores de risco	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
III- 3 ou mais fatores de risco ou lesões nos órgãos-alvo ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
IV- Condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Diabetes Tipo 1 – ocorre principalmente em crianças, jovens e adultos jovens. Precisam usar insulina para controlar a glicose no sangue desde o momento do diagnóstico.

Diabetes Tipo 2 – aparece geralmente após os 40 anos de idade, freqüentemente em pessoas que têm excesso de peso.

Tabagismo - é igual ao consumo de 01 um ou mais cigarros por dia.

Sedentarismo – quem realiza menos que 30 (trinta) minutos de exercício, 03 (três) vezes por semana e não faz esforço físico pesado em casa ou no trabalho. Ex: faxina, lavagem manual de roupas, carrega carga pesada, movimentação britadeira etc.

Sobrepeso ou Obesidade – classificação de acordo com a tabela:

Classificação	IMC (peso em Kg/altura ao quadrado)	Risco de co-morbidade
Normal	18,5-24,9	Baixo
Sobrepeso	25,0-29,9	Pouco aumentado
Obeso Classe I	30,0-34,9	Moderado
Obeso Classe II	35,0-39,9	Grave
Obeso Classe III	\geq 40,0	Muito grave

Raça/Cor	
Código	Descrição
1	Branca
2	Preta
3	Amarela
4	Parda
5	Indígena

Certidão/Tipo	
Código	Descrição
1	Nascimento
2	Casamento
3	Separação/Divórcio

Situação familiar/Conjugal	
Código	Descrição
1	Convive c/ companheira(o) e filho(s)
2	Convive c/ companheira(o) c/ laços conjugais e s/ filhos
3	Convive c/ companheira(o), filhos e/ou outros familiares
4	Convive c/ familiares, sem companheira(o)
5	Convive c/ outra(s) pessoa(s), sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6	Vive só

TABELAS DE REFERÊNCIAS

Escolaridade	
Código	Descrição
01	Não sabe ler/escrever
02	Alfabetizado
03	Fundamental incompleto (1º grau incompleto)
04	Fundamental completo (1º grau completo)
05	Médio incompleto (2º grau incompleto)
06	Médio completo (2º grau completo)
07	Superior incompleto
08	Superior completo
09	Especialização/Residência
10	Mestrado
11	Doutorado

Órgão Emissor	
Código	Descrição
10	SSP
41	Ministério da Aeronáutica
42	Ministério do Exército
43	Ministério da Marinha
44	Polícia Federal
60	Carreira de Ident. Clássica
61	Cons. Reg. de Administração
62	Cons. Reg. de Ass. Social

63	Cons. Reg. de Biblioteconomia
64	Cons. Reg. de Contabilidade
65	Cons. Reg. de Corretores de Imóveis
66	Cons. Reg. de Enfermagem
67	Cons. Reg. de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
68	Cons. Reg. de Estatística
69	Cons. Reg. de Farmácia
70	Cons. Reg. de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
71	Cons. Reg. de Medicina
72	Cons. Reg. de Med. Veterinária
73	Cons. Reg. de Músicos do Brasil
74	Cons. Reg. de Nutrição
75	Cons. Reg. de Odontologia
76	Cons. Reg. de Prof. Relações Públicas
77	Cons. Reg. de Psicologia
78	Cons. Reg. de Química
79	Cons. Reg. de Repr. Comerciais
80	Cons. Reg. de Advogados do Brasil
81	Outros Emissores
82	Documento Estrangeiro

ANEXO 2



ANEXO 4

ATENDIMENTO PROGRAMADO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

RISCO	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
BAIXO(2cons./ano)			MED						UBS			
MÉDIO(3cons./ano)			MED				ENF				UBS	
ALTO(6cons./ano)	UBS		MED		ENF		UBS		MED		ENF	
MUITO ALTO(12c./ano)	UBS	MED	ENF	UBS	MED	ENF	UBS	MED	ENF	UBS	MED	ENF