



ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DE UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA

¹ Jéssica Pinheiro Carnaúba; ² Danielle Souza Silva Varela; ³ Ellen Rose Sousa Santos; ⁴ Francisca Laura Ferreira de Sousa Alves; ⁵ Samy Loraynn Oliveira Moura; ⁶ Marli Teresinha Gimenez Galvão

¹ Pós-graduando Doutorado em Saúde da Família RENASF/UFC; ² Pós-graduando Doutorado em Saúde da Família RENASF/UVA; ³ Pós-graduando Doutorado em Saúde da Família RENASF/UFMA; ⁴ Pós-graduando Doutorado em Saúde da Família RENASF/UFMA; ⁵ Pós-graduando Doutorado em Saúde da Família RENASF/UVA; ⁶ Professora Titular do Curso de Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFC

Área temática: Inovações em Saúde Coletiva

Modalidade: Comunicação Oral

E-mail dos autores: jessicarnauba91@hotmail.com¹; daniellessv@outlook.com²; ellenrose.ss@gmail.com³; sousaflaura@gmail.com⁴; loraynn_25@hotmail.com⁵; marlialvao1@gmail.com⁶.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde da Cidade de Mombaça-Ceará, identificou-se a dificuldade em realizar o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes. Nesse contexto, utilizou-se como questões norteadoras: como organizar as ações de cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes na atenção primária a saúde, a partir de ferramentas tecnológicas disponíveis para cumprir as demandas do programa previne Brasil? **OBJETIVO:** Relatar a experiência da organização do cuidado a pacientes com hipertensão e diabetes, através de tecnologias e recursos disponíveis, para o cumprimento das metas do Programa Previne Brasil. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade de saúde da cidade de Mombaça-Ceará, a partir de janeiro de 2022. **RESULTADOS:** Foi construída uma planilha no programa Excel, onde se colocou todas as informações necessárias a identificação, atendimento e acompanhamento dos usuários, além de destacar o período do ultimo atendimento. A partir das ações empreendidas, foi possível garantir, além de uma assistência com mais qualidade, as metas do programa previne Brasil, importante para o financiamento da Atenção Primária **CONCLUSÃO:** O uso de um instrumento como uma planilha com os dados dos usuários e suas necessidades, aperfeiçoou o processo de gestão, acompanhamento e cuidados dos usuários com hipertensão e diabetes.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes, Atenção Primária a Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são considerados como as principais doenças crônicas que acometem a população mundial. Dados mostram que, a





prevalência de hipertensos em 2015 foi de 21,1% em homens e 20,1% em mulheres, acometendo em torno de 1,13 bilhão de indivíduos (NCD-RisC, 2017). Em relação ao DM, aproximadamente 382 milhões de pessoas apresentam essa morbidade. Estima-se que esse número poderá chegar a 529 milhões até 2030 (FLOR; CAMPOS, 2017).

Autores destacam que os cuidados contínuos e as complicações relativas à HAS e DM, tornam a assistência a saúde a estas condições, um importante desafio. A identificação das características de pacientes com hipertensão e/ou diabetes, especialmente em relação a estratificação dos risco cardiovascular, poder auxiliar na organização da abordagem e na assistência a esse público (SAMO; BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2020).

Nesse contexto, é importante o acompanhamento dessas condições crônicas e suas complicações, destacando a Atenção Primária a Saúde (APS), como fundamental nesse processo. Nesse sentido, esse nível de atenção é considerado porta de entrada no Sistema Único de saúde (SUS) (OLIVEIRA, 2020), e tem avançado na coordenação do cuidado, apresentando ampla resolutividade em problemas da coletividade devido sua aproximação com os territórios, e, portanto maior potencial em identificar os riscos e agravos às saúde da população (DRAEGER et al., 2022).

Atualmente, a atenção a HAS e DM fazem parte dos indicadores da APS avaliados a cada quadrimestre, estabelecido no componente de desempenho do atual modelo de financiamento, o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2021). Por se tratar de um programa implementado recentemente, lacunas de conhecimento ainda são presentes em relação a implantação, ações estratégicas (SOARES; CAMARGO; NORONHA, 2023). Além disso, a atenção aos usuários com HAS e DM apresentam baixa cobertura pelas equipes, com prevalência a atenção as demanda espontânea, não correspondendo ao padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2020).

Em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) da cidade de Mombaça-Ceará, identificou-se a dificuldade em realizar o acompanhamento dos usuários com HAS e DM, face a qualificação da atenção a saúde a esses pacientes, além do cumprimento dos indicadores do Previne Brasil. Em decorrência desses desafios, ficou evidente a importância de reunir conhecimentos e estratégias visando estruturar uma proposta de controle e gestão do cuidado através do uso de ferramentas disponíveis.





Nesse contexto, utilizou-se como questões norteadoras: Como organizar as ações de cuidado às pessoas com HAS e DM na APS a partir de ferramentas tecnológicas disponíveis para cumprir as demandas do Programa Previne Brasil?

Como objetivos a proposta deste estudo consiste em relatar a experiência da organização do cuidado a pacientes com Hipertensão e diabetes, através de tecnologias e recursos disponíveis, para o cumprimento das metas do Programa Previne Brasil.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em uma UAPS da cidade de Mombaça-Ceará, a partir de janeiro de 2022. A construção foi realizada em quatro etapas, a saber: (1) revisão de literatura; (2) Identificação e revisão de cadastros de usuários com hipertensão e diabetes; (3) Construção da planilha de monitoramento; (4) implementação dos atendimentos.

2 RESULTADOS

Inicialmente, para amparar o processo de atendimento e organização do cuidado, buscou-se, através da literatura, manuais que subsidiasse todo o processo de implementação dos atendimentos, sendo usada caderno de Atenção Básica nº 35 (BRASIL, 2014).

Para a identificação de pacientes com hipertensão e diabetes, foi solicitada uma lista manual a cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), constando nome, data de nascimentos, Cadastro de Pessoa Física (CPF), Cartão Nacional do SUS (CNS) e condição clínica (se HAS e/ou DM).

Para a segunda etapa, verificou-se que havia muitas alterações e disparidades entre as informações repassadas pelos ACS e os dados informados pela Secretaria de Saúde do Município. A quantidade de hipertensos informados pelos ACS era de 306 hipertensos e 205 diabéticos. Já os primeiros dados informados pela coordenação conferiam 601 hipertensos e 400 diabéticos. Nesse sentido, a gestão do município passou a usar o sistema e-SUS Dash, disponibilizando uma planilha constando a lista com hipertensos e diabéticos identificados.

Para identificar os motivos de tais divergências, procedeu-se a checagem dos dados relacionados de cada paciente identificado pelo e-SUS Dash, observando a ficha de cadastro e revisando todos os dados presentes no prontuário Eletrônico (Sistema PEC Prontuário). A partir da



identificação dos novos dados, realizou-se as alterações nas planilhas, com posterior confirmação pelo ACS.

Como terceira fase, pensou-se em uma forma de manter essas informações organizadas, com fácil acesso e passíveis de serem modificadas em caso de mudanças ou alterações. Para isso optou-se por construir uma planilha no programa EXCEL 2007, disponíveis nos computadores da unidade.

Nessa planilha, colocou-se todas as informações necessárias a identificação, atendimento e acompanhamento dos usuários, além de destacar o período do ultimo atendimento, fator essencial para os parâmetros do Programa Previne Brasil. Assim, as planilhas foram divididas por microáreas, através do nome do respectivo ACS. Os dados de identificação foram: nome; data de nascimento; CNS e CPF. Nas demais colunas havia se HAS e ou DM; valor da Pressão Arterial (PA); solicitação de Hemoglobina Glicada Hb-A1c; e o semestre em que o atendimento foi realizado; e outras informações importantes para o acompanhamento clínico e estadiamento do risco cardiovascular.

Como quarto passo, efetuou-se a construção de uma agenda, em que os ACS realizavam o agendamento para consulta na UAPS. O primeiro atendimento era realizado pelo enfermeiro com exame clínico e solicitação de exames laboratoriais. Os usuários que apresentavam alterações ou queixas de saúde eram agendados para um atendimento posterior com o médico da unidade. Para os usuários acamados/domiciliados e para aqueles que não haviam comparecido para o atendimento na unidade, era realizada a visita domiciliar.

Posteriormente os dados das planilhas foram colocados no Excel online, presente no Google Drive do e-mail da referida UAPS, para evitar a perda dos dados por falhas técnicas, além de ser disponibilizada para consulta por parte dos profissionais da unidade e da Gestão municipal.

A mais, a partir das ações empreendidas, foi possível garantir, além de uma assistência com mais qualidade, as metas do Programa Previne Brasil, importante para o financiamento da APS, em que, na última avaliação quadrimestral, atingiu 100% de cobertura dos indicadores previstos, ficando em oitavo lugar no *ranking* estadual e 83 Nacional.

3 DISCUSSÃO

O Programa Previne Brasil, prevê como metas, o registro de atendimento com os níveis pressóricos de pelo menos 50% dos hipertensos a cada semestre e 50% de consultas aos pacientes diabéticos com o registro de solicitação de Hb-A1c. Ambos fazem parte do eixo de atenção as





Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), constando nas notas técnicas n 06 e 07 de 2022. (BRASIL, 2022).

Para o cumprimento dessas metas foi necessário traçar estratégias acessíveis para a unidade, sendo importante o registro das consultas tanto no prontuário quanto em uma planilha de fácil observação e entendimento. Através desse processo, foi possível identificar quais pacientes necessitavam ser atendidos com mais frequência, além daqueles que era preciso realizar busca ativa.

A partir da pesquisa de dados nos prontuários, os cadastros e as informações foram atualizados. Em meio a essa checagem, foram identificados pacientes que nunca haviam apresentado diagnóstico de HAS e/ou DM, porém em seus prontuários haviam a identificação dessas patologias enquanto falha de registro. Também se verificou a presença de muitos usuários que haviam mudado para outras áreas do município, outras cidades e/ou estados. A mais também se identificou pacientes que já haviam falecido.

Vale destacar que em alguns casos, os usuários apresentavam o diagnóstico de HAS e DM, porém por terem parado de usar a medicação, referiam ao ACS, não apresentarem essas doenças crônicas. Nesse sentido, os ACS puderam realizar a busca ativa desses pacientes, para atualização da terapia medicamentosa e educação em saúde em relação à importância do uso da medicação e do acompanhamento na UAPS.

4 CONCLUSÃO

Através de ferramentas tecnológicas como o PEC Prontuário e o e-SUS Dash, foi possível identificar e corrigir diversas falhas nos cadastros e prontuários dos usuários, além de permitir a busca ativa de pacientes que não frequentavam o serviço ou não se considerava como usuários com hipertensão e diabetes.

Além disso, o uso de um instrumento simples como a construção de uma planilha com os dados dos usuários e suas necessidades, aperfeiçoou o processo de gestão, acompanhamento e cuidados dos usuários com HAS e DM. A mais, também proporcionou a construção de uma agenda, com base nas situações identificadas, permitindo a ampliação do cuidado e cumprimento de metas do Programa Previne Brasil, importante para o financiamento da APS.

REFERÊNCIAS





ARAÚJO A. C.; ALENCAR T. O. S. Processo de Trabalho de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde de Hipertensos e Diabéticos. **REVISA**, v. 11, n. 1, p. 92-101, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde, 2022.

DRAEGER, V. M.; ANDRADE, S. R.; MEIRELLES, B. H. S. CECHINEL-PEITER, C. Práticas do enfermeiro no monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 26, sn, 2022.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*, v.20, n.1, p. 16-29, jan-mar, 2017.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 37-55, 2017.

SARNO, F.; BITTENCOURT, C. A.; OLIVEIRA, A. S. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Einstein**, São Paulo, v. 18, Sn, p. 1-6, 2020.

SOARES, C. S.; CAMARGOS, M. C. S.; NORONHA, K. V. M. S. Financiamento da atenção primária à saúde e os resultados dos componentes do programa previne Brasil em minas gerais. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 24, p. 223-240, jan./dez. 2023.

