

UBS Itapoã DF eq. 7 - preparo para a planificação na ubs itapoã: diagnóstico de território e ajustes de planos terapêuticos para hipertensão e diabetes em população de baixa renda de cidade satélite do DF.

UBS Itapoã DF eq. 7 - preparación para la planificación en la urna: diagnóstico de territorio y ajustes de planes terapêuticos para hipertensión y diabetes en población de bajos ingresos de ciudad satélite del DF.

DOI:10.34117/bjdv5n7-060

Recebimento dos originais: 17/05/2019

Aceitação para publicação: 25/06/2019

Estêvão Cubas Rolim

Doutorando e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília - Médico de Família e Comunidade - Docente voluntário e preceptor do Internato de Medicina da Universidade de Brasília

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Endereço: Quadra 378 - Área especial - Administração Regional do Itapoã - UBS3, Brasília - DF, Brasil

E-mail: estevaocubasr@gmail.com

Lucas Bezerra Shiratori

Médico Residente em Medicina Intensiva em NSW Health

Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília

Instituição: Bathurst Base Hospital

Endereço: 361 Howick Street, West Bathurst - Nova Gales do Sul, Austrália

E-mail: lucasshiratori@gmail.com

Luísa Ferraço de Paula

Médica Residente em Medicina de Família e Comunidade em Escola de Saúde Pública de Florianópolis

Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília

Instituição: Escola de Saúde Pública- Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Endereço: Avenida Professor Henrique da Silva Fontes, nº 6100 -

Trindade, Florianópolis - SC, Brasil

E-mail: luisaferraco@gmail.com

Caio Oliveira Rocha

Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Graduado em Medicina pela Universidade de Brasília

Instituição: CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Souza

Endereço: Rua Frei Caneca s/n, Centro, Rio de Janeiro - RJ, Brasil

E-mail: caioor@gmail.com

Letícia Mendes Côrtes

Médica Residente em Pediatria no Hospital Regional da Asa Norte

Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Endereço: Hospital Regional da Asa Norte - s/n, SMHN Q 1 - Asa Norte, Brasília - DF,
Brasil
E-mail: letmcortes@gmail.com

Bruna Bianco Hummel

Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Santa Marcelina
Graduada em Medicina pela Universidade de Brasília
Instituição: Hospital Santa Marcelina
Endereço: Rua Santa Marcelina, 177 - Itaquera, São Paulo - SP, Brasil
E-mail: brunabhummel@gmail.com

Dayana Natalia Trifoni

Terapeuta Ocupacional
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília
Instituição: Secretaria do estado de saúde do Distrito Federal
Endereço: SQN 214, Bloco F - Asa Norte, Brasília - DF, Brasil
E-mail: dayatrifoni@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho objetiva estabelecer um melhor diagnóstico de base de hipertensão arterial e diabetes mellitus na população assistida pela equipe, além de controle de outros fatores de risco que podem contribuir para o surgimento de eventos cardiovasculares. Foi produzida uma tabela com vários dados dos pacientes assistidos referentes principalmente ao risco cardiovascular, aos alvos de tratamento e às respostas às terapias empregadas, a fim de otimizar o seguimento dos pacientes e de delinear políticas públicas capazes de impactar positivamente na morbi-mortalidade e nos indicadores de saúde da população estudada.

Palavras-chave :Atenção primária, Saúde da Família, Planificação, Hipertensão, Diabetes

RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad establecer un mejor diagnóstico de hipertensión arterial e diabetes mellitus en la población asistida por la equipe, además del mejor control de factores de riesgo que contribuyen a la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares. Se ha producido una tabla con los datos de pacientes asistidos según el riesgo cardiovascular, el objetivo y la respuesta terapéutica, con el propósito de optimizar el seguimiento de los pacientes y delinear políticas públicas capaces de impactar positivamente en la morbimortalidad y en los indicadores de salud de la población.

Palabras clave: Atención primaria, Salud de la familia, Planificación, Hipertensión, Diabetes.

1 TEXTO DA COMUNICAÇÃO

A atenção primária e em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é ambiente estratégico para abordagem de diversas condições de saúde e doença, ganhando destaque as abordagens que englobam os diversos atores de saúde, dentre os diferentes níveis de gestão

pública, municipal, estadual, distrital e nacional. Nesse sentido, o Distrito Federal iniciou um projeto de fortalecimento de redes de atenção à saúde e padronização dos atendimentos para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e para diabetes melitus (DM), em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) por meio do projeto “Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária”

No Brasil e no mundo, eventos cardiovasculares figuram entre as principais causas de mortalidade, contribuindo para isso fatores como sedentarismo e erro alimentar, além de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmicas (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia (DLP) e tabagismo.

O acompanhamento adequado dessas comorbidades em determinada população sofre influência de diversos aspectos, entre eles a completude da equipe de saúde responsável pelo território adstrito. Sem o acompanhamento prévio adequado para todos os pacientes na área da Equipe 7 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Itapoã DF, especialmente devido a rotatividade da equipe médica e áreas de abrangência sem cobertura por agentes comunitários de saúde (ACS), definiu-se necessário o levantamento de dados do território referentes a HAS, DM, DLP e tabagismo para obter-se uma visão panorâmica e ao mesmo tempo individual da situação de saúde e doença.

O foco e objetivo da investigação foi melhorar o diagnóstico de base para HAS e DM, tendo objetivos secundários a elaboração de tabela única com informações de todos os pacientes com risco cardiovascular aumentado, o início da estratificação por risco cardiovascular de todos os pacientes da área, a atualização da linha terapêutica e preventiva para pacientes em acompanhamento e a identificação dos prontuários com marcadores visuais por comorbidade específica.

Embora tais dados estivessem disponíveis nos prontuários físicos então em uso na unidade, as informações se entravam espalhadas e de difícil acesso considerando a continuidade dos serviços assistenciais e burocráticos. Devido a essa configuração de registro clínico, levantamento de características populacionais específicas ou mesmo meios de contato para telefone e endereço levavam mais tempo para sua obtenção do que o comumente disponível, dificuldade abordagens em grupo e ações estratégicas na área de cobertura.

Inicialmente foi elaborada pelos ACS uma lista de pacientes sabidamente hipertensos e diabéticos de cada micro-área, posteriormente comparada com a lista de comorbidades atendidas em consultório. Também foram elencados os pacientes com DLP e tabagismo. Com a lista de pacientes unificada e atualizada, elaborou-se planilha digital única para atualização

dos parâmetros individuais clinicamente relevantes. A obtenção dos dados ocorreu por meio de revisão dos prontuários, que foram identificados com marcadores visuais coloridos por comorbidade de interesse para otimizar novos resgates de dados quando necessário.

Embora metodologicamente simples, a operacionalização do levantamento dos dados levou meses e diversos mutirões para se concretizar. Enfrentando problemas que iam desde falta prévia de recursos humanos e equilíbrio de pressão assistencial com mudanças de acesso e agenda, a organização das informações gerais dos pacientes de risco aumentado seguiu graças a esforços intensos dos membros da equipe envolvidos. Além dos servidores, também alavancou o processo a participação de alunos do último semestre do curso de medicina da Universidade de Brasília - UnB e residentes multiprofissionais (em especial da Farmácia). Os mutirões eram realizados concomitantemente aos atendimentos regulares da unidade, contornando como possível questões estruturais de falta de espaço físico, pastas e pranchetas. Em cada avaliação focal, determinadas comorbidades de interesse eram atualizadas.

Como resultado, foi obtida tabela única de controle (**FIGURA 1**), incluindo para cada pacientes as informações pertinentes de identificação, data da última consulta, data de revisão do caso, data de último receituário, tabagismo, data de encaminhamento e atendimento em serviço de saúde oral, IAM-AVE, história familiar de HAS ou DM, escala de Coelho-Savassi, risco cardiovascular, data de última receita visualmente simplificada para pacientes analfabetos e frequência de consultas. Referentes a HAS: pressão arterial (PA) sistólica e diastólica da última consulta, data e resultados alterados de últimos eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma se aplicável, laboratório inicial de HAS para rastreio de lesão de órgão-alvo ou HAS secundária, número de anti-hipertensivos, AAS e alvo da pressão arterial. Referentes a DM: data de diagnóstico, uso de insulina, últimos valores de exame para glicemia de jejum, hemoglobina glicada, albuminúria e avaliação da prevenção de pé diabético, hipoglicemiantes orais e alvo de hemoglobina glicada. Referente a DLP: últimos valores para colesterol total, triglicérides, HDL e LDL, estatinas e alvo para valores de colesterol. Referente a antropometria: peso, altura, IMC e circunferência abdominal.

The image shows a screenshot of an Excel spreadsheet titled "ESPECIAIS PLANIFICAÇÃO". The spreadsheet contains a large table with multiple columns. The columns are labeled with letters from A to BF. The data is organized into several sections, with some columns highlighted in yellow. The table appears to be a control table for comorbidities, as mentioned in the caption. The rows contain patient information, including names, identification numbers, and medical details.

Figura 1 - Tabela De Controle De Comorbidades De Risco Cardiovascular Aumentado, Identificação Por Nome, Quadra E Lote Mais Diagnósticos E Alvos De Tratamento.

A separação dos dados de identificação em nome, quadra e lote, número de microárea e ACS responsável foi útil ao permitir atualizações posteriores tanto por ordem alfabética quanto por ACS responsável. Dessa forma, foram facilitadas tanto atualizações feitas em consultório com informações presentes em prontuários quanto atualizações feitas no território pelos ACS.

Dados específicos de doenças crônicas não transmissíveis permitiram tanto a estratificação de risco dos pacientes com encaminhamento qualificado na rede de atenção fortalecida quanto monitoramento do alvo para planos terapêuticos de cuidado. A identificação de pacientes de risco social aumentado também oportuniza o planejamento estratégico em equipe para avaliação e seguimento mais próximo de pacientes em situação de alarme.

O registro das datas mais recentes de renovação de receita, última consulta e última participação em grupo operativa também permite uma visão prática de pacientes em risco de menos vinculação ao serviço e potencialmente beneficiados por busca ativa.

Devido ao grande número de variáveis computadas, uma das dificuldades praticas envolveu inclusive aspectos estáticas e de preenchimento, como exemplo sendo impossibilitada a impressão da tabela completa para preenchimento de todos os dados de interesse simultaneamente. Em conjunto com o fluxo de trabalho dos mutirões, foi feito preenchimento específico de número reduzido de parâmetros de interesse em cada avaliação. Embora potencialmente demandante de tempo mais longo, tal prática de atualização focada permitia o retorno dos prontuários físicos para o armário de origem, sem impedir atendimento a esses pacientes nos dias seguintes.

Justamente devido a dinâmica de atualização da tabela por mutirões usando prontuários físicos enquanto os atendimentos continuavam, a identificação das comorbidades em cada prontuário foi aspecto estratégico desde o início. Uma vez identificado como portador de comorbidade, o prontuário passava a ser identificado com etiqueta em formato de aba lateral montada de forma a ficar mais alta que restante dos prontuários. Dessa forma, futuras revisões eram muito facilitadas ao se permitir resgate de comorbidades de interesse por identificação visual, ao invés de busca individual baseada em quadra a lote. A confecção da aba passou por diversas estratégias, sendo a final feita com fita adesiva colorida cortada com comprimento equivalente ao de tampa de caneta esferográfica. Esse novo sistema substituiu em parte o antigo usado até então de marcação visual com adesivos coloridos na primeira folha dos prontuários, que gerava identificação visual porém mais lenta por exigir verificação uma a uma das capas dos prontuários no armário de arquivos. Foram escolhidas 4 cores de fita adesiva colorida uma para cada comorbidade: HAS rosa, DM amarelo, azul dislipidemia e roxo tabagismo (**FIGURA 2**).

Durante primeira comparação entre as listas elaboradas pelos ACS e no atendimento médico, observou-se atendimento médico para 81 (60,4%) dos 134 pacientes listados pelos ACS, durante 10 meses de análise até 2016-Outubro, de um total de 1266 pacientes atendidos. Dados atuais de 2017-Abril indicam 116 atendimentos médicos dos 160 pacientes identificados (cobertura atual 72,5%). Observou-se dificuldade de seguimento de pacientes em consulta médica por desencontro de jornadas de trabalho, sobrecarga de agenda e demanda reprimida, com tentativa de solução por mutirões de atendimento e de resgate de vínculo com a unidade.

O levantamento dos dados foi fundamental para otimização do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, que passaram a ter parâmetros consolidados em tabela única e seguimento estratégico. A cobertura de atendimentos médicos de 72,5% dos pacientes sabidamente hipertensos da área, tanto mostra espaço para melhoria, visando a cobertura de 100%, quanto orienta o resgate de pacientes com pouco vínculo a UBS para retorno de acompanhamento interrompido.

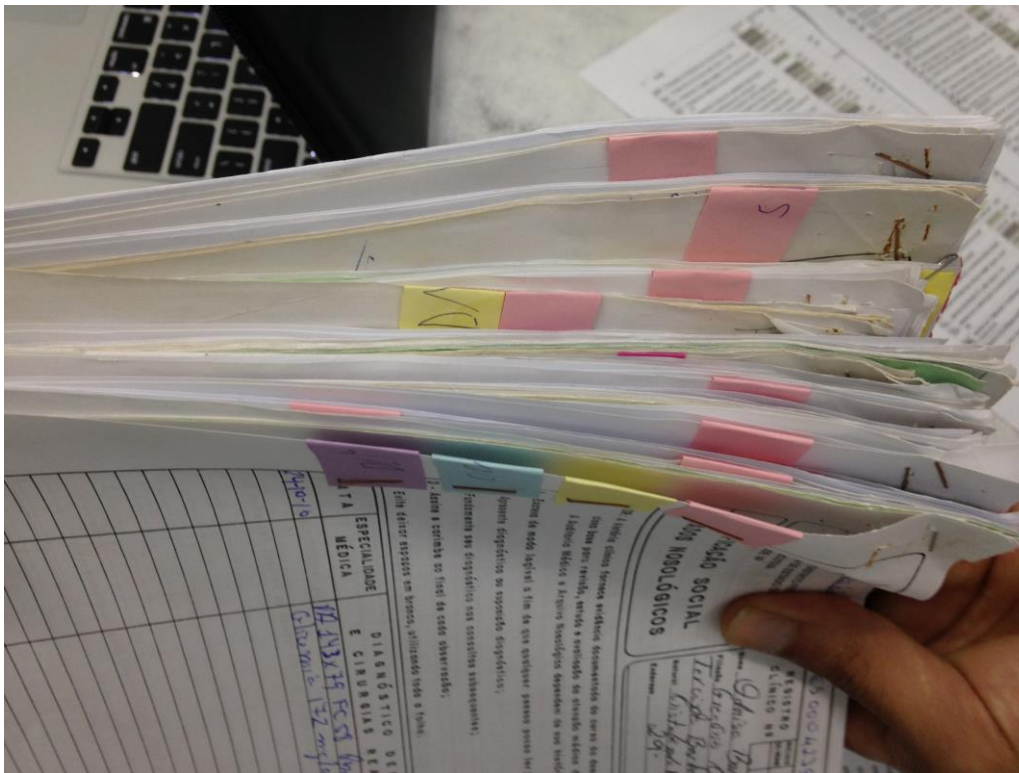


Figura 2 - Identificação De Prontuários De Interesse Por Marcadores Específicos Para Risco Cardiovascular


A proporção de cobertura dos pacientes com comorbidades conhecidas foi menor do que o inicialmente imaginado, apesar do grande número de atendimentos ao longo dos 10 meses. Novas tecnologias no contato e seguimento dos pacientes, incluindo grupos operativos inseridos na área de cobertura, oferecem bom potencial para o aumento progressivo de seguimento por parte da equipe médica, bem como pela enfermagem e odontologia da própria equipe, assim como nutrição e psicologia pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

Embora os trabalhos de ajustes da pré-planificação tenham oferecido avanços significativos na qualidade e controle dos dados da população da área adstrita, ainda restam fases importantes do projeto a serem executadas. Após identificação tanto física quanto digital dos arquivos de pacientes já em seguimento e da atualização dos parâmetros na tabela de acompanhamento, próximos passos incluem mutirões de revisão de medicações utilizadas,

Brazilian Journal of Development

elaboração de modelo visual de receituários com vistas a melhor adesão especialmente de pacientes com dificuldade de leitura ou baixa acuidade visual - Projeto Receita Simples (FIGURA 3) , e elaboração de resumos de informações clínicas para manutenção junto ao paciente - Projeto Pasta da Saúde. Por fim, após mutirões de atualização (FIGURA 4) próximos desafios incluem a manutenção de atualização da tabela durante atendimentos regulares da equipe médica e de enfermagem, atualização dos cadastros da área e de intercorrências pelos ACS por meio de acompanhamento domiciliar padronizado - Projeto Tabela em Casa, e atualizações regulares de Projetos Terapêuticos Singulares com revisão de fluxos de encaminhamento com referencia e contra-referência.



	1 OREPROL 20 (NÃO FAZER USO CONTÍNUO)	
	 Café da Manhã	
	1 INDAIMIDA 120	
	 Almoço	
	1 ASA 100	
	 Janta	
	1 METFORMINA 850	
	1 AMITRIPTILINA 25	
	1 SIMVASTATINA 20	
	1 OLANZAPINA 5 (NÃO FAZER USO CONTÍNUO)	

Atenção: Este modelo de prescrição foi desenvolvido para facilitar a leitura e o entendimento dos dados de interesse para o paciente e a equipe de saúde. Não substitui a prescrição médica original.

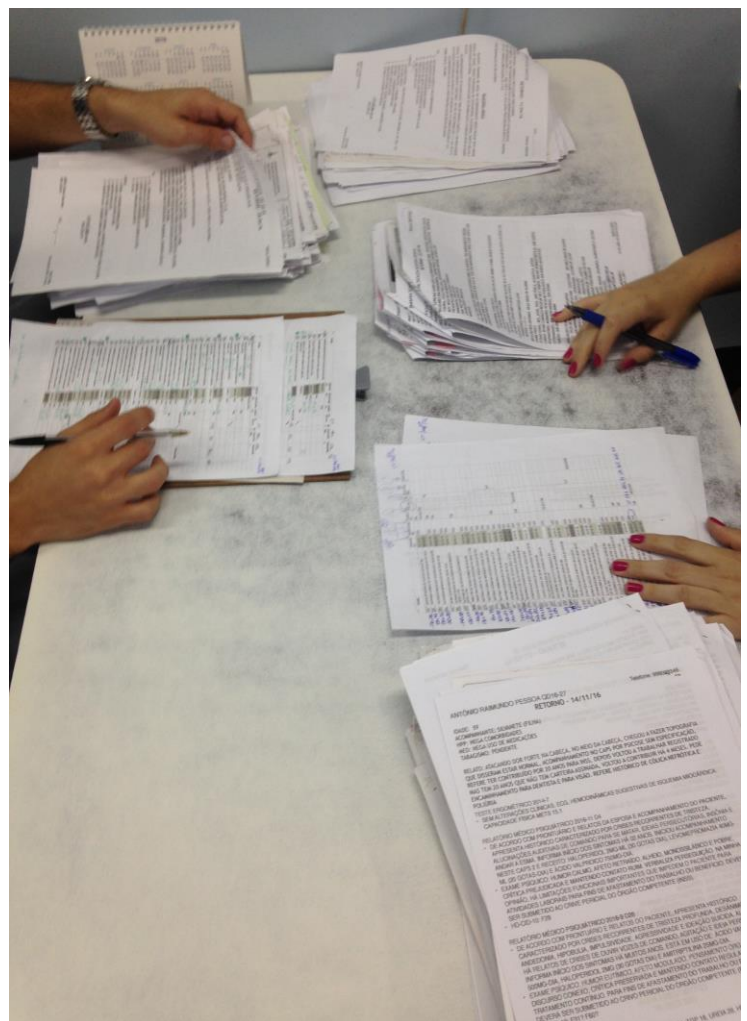


Figura 3 - modelo visual de receituário para aumento de adesão

Figura 4 - mutirões de atualização de dados de interesse

Os dados obtidos até o momento não são os finais, mas refletem os passos iniciais para e viabilizam a estratificação de risco com adequação do seguimento e retorno com melhora de qualidade de vida para a população. A maior integração dentro da dinâmica de serviço permite que as informações não fiquem descoladas em prontuários físicos ou eletrônicos, mas passem a fazer parte dos planos de tratamento e metas pactuadas, com produtos de geração de saúde e organização de serviço, melhor formação dos profissionais e ressignificação do processo, dentro de lógica de planejamento participativo estratégico para intervenção, promoção e prevenção corresponsabilizadas.

REFERÊNCIAS

GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Seção Ili ~ Sistemas de Informações na Atenção, Primária à Saúde, Prontuário eletrônico e uso de sistema de classificação na Atenção Primária à Saúde, Gustavo Gusso, Gustavo Landsberg e Catherine Moura da Fonseca Pinto

Governo do Distrito Federal. Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [Internet]. Brasília (DF), Brasil: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 1]. Available from: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf

CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2013/2014 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2014 - [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/PDAD%20Itapo%C3%A3%202013-14.pdf

CODEPLAN-DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2015 - Itapoã [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Governo do Distrito Federal. 2016 - [cited 2017 Mar 11]. Available from: http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Itapoa.pdf

Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus - Cadernos de Atenção Básica n.º 16. [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2006 - [cited 2017 Feb 1]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf

Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL BRASIL 2015 SAÚDE SUPLEMENTAR [Internet]. Brasília (DF), Brazil: Ministério da Saúde. 2015 - [cited 2017 Mar 10]. Available from:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2004;1(2):19-26.

Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental em Dados - 8, ano VI, nº 8. Brasília (DF), Brazil; 2011. Available from: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental