

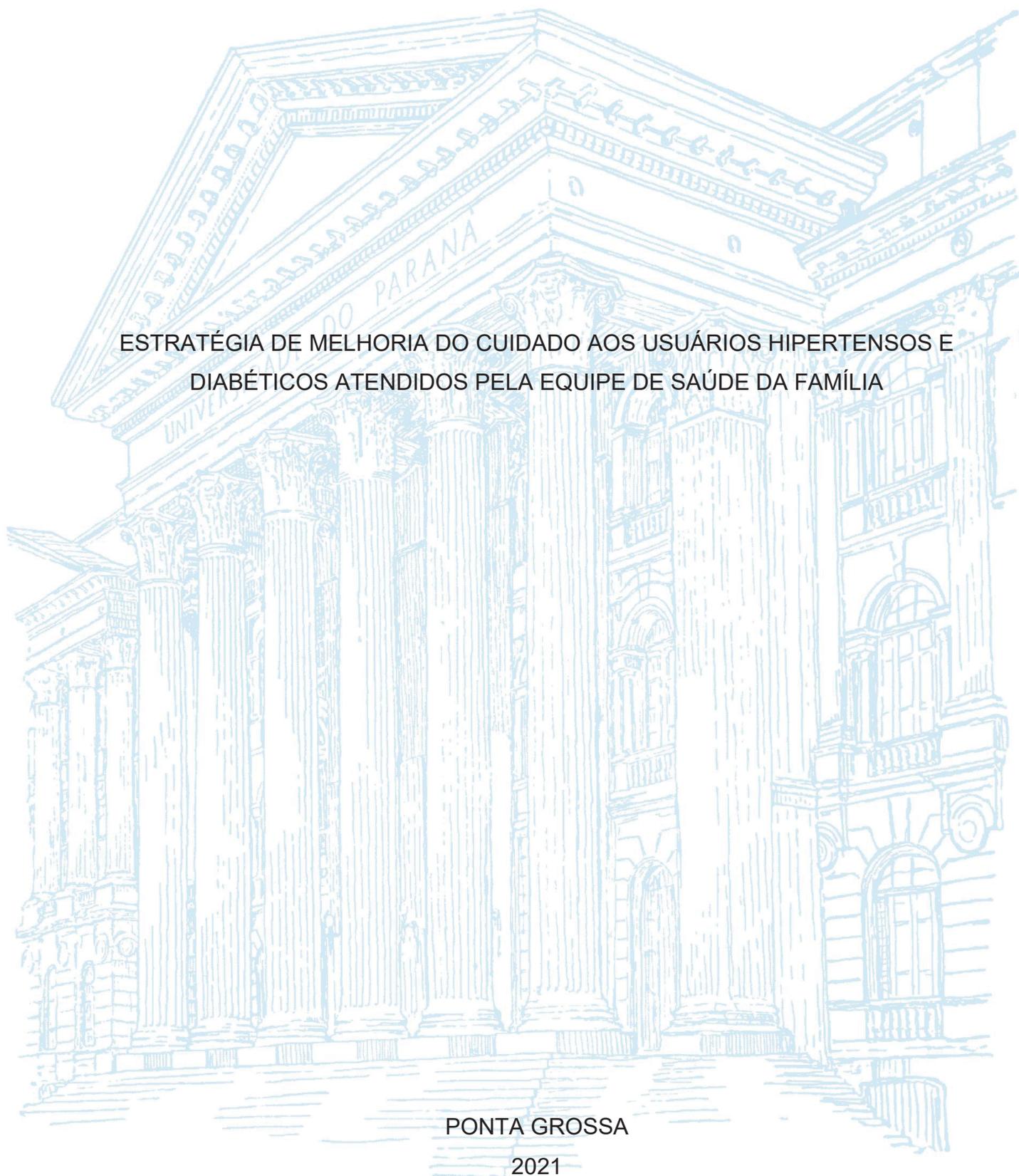
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CARLOS ALBERTO MENESES MONTEIRO FILHO

ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PONTA GROSSA

2021



CARLOS ALBERTO MENESES MONTEIRO FILHO

ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em  
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal do Paraná, como requisito  
parcial à obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Macedo

PONTA GROSSA

2021

## RESUMO

Este trabalho trata de uma intervenção realizada em um serviço de saúde no município de Ponta Grossa, Paraná, a cerca da renovação de prescrição medicamentosa sem presença física do usuário hipertenso ou diabético, sendo um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O objetivo geral é desenvolver uma estratégia de melhoria do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas cadastradas pela Equipe de Saúde da Família. Os objetivos específicos são Mapear as pessoas portadoras de doenças crônicas, identificando as que têm passado por consulta médica e as que não têm; Criar um formulário específico para acompanhamento de portadores de doenças crônicas e queixas de saúde mental; Organizar a agenda com espaços para acesso avançado e demanda espontânea; e Criar grupos para desenvolver atividades educativas. a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo. Através da reunião com a equipe, criou-se o formulário específico para atendimento aos usuários dividido em 5 partes: importantes relacionados ao paciente, análise dos fatores de risco, anamnese, exames laboratoriais e seguimento. Consultaram até o momento 38 pacientes usando o formulário. Observa-se que foi possível melhorar a assistência ao paciente, otimizando as medicações em uso e minimizando morbimortalidade da doença. A equipe percebeu a urgência em reverter o acontecimento e estabeleceu em conjunto metas e ações com o objetivo de melhorar o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos. A criação de um prontuário específico permite a organização dos pacientes e acompanhamento, por parte de toda equipe, da situação de saúde do mesmo, atingindo parcialmente os objetivos propostos.

Palavras-chave: Palavra-chave 1. Hipertensão Arterial Palavra-chave 2. Diabetes Mellitus Palavra-chave 3. Estratégia de Saúde da Família

## ABSTRACT

This work deals with an intervention carried out in a health service in the city of Ponta Grossa, Paraná, about the renewal of a drug prescription without the physical presence of the hypertensive or diabetic user, being a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, financed by UNA-SUS. The general objective is to develop a strategy to improve care for people with chronic diseases registered by the Family Health Team. The specific objectives are to map people with chronic diseases, identifying those who have undergone medical consultation and those who have not; Create a specific form for monitoring patients with chronic diseases and mental health complaints; Organize the agenda with spaces for advanced access and spontaneous demand; and Create groups to develop educational activities. action research is a type of empirically based social research that is conceived and carried out in close association with an action or with the resolution of a collective problem and in which researchers and participants representing the situation or problem are involved in a way cooperative and collaborative. Through the meeting with the team, a specific form was created to assist users divided into 5 parts: important related to the patient, analysis of risk factors, anamnesis, laboratory tests and follow-up. So far, they have consulted 38 patients using the form. It is observed that it was possible to improve patient care, optimizing the medications in use and minimizing disease morbidity and mortality. The team realized the urgency to reverse the event and jointly established goals and actions with the aim of improving care for hypertensive and diabetic users. The creation of a specific medical record allows the organization of patients and monitoring, on the part of the whole team, of their health situation, partially achieving the proposed objectives.

Keywords: Keyword 1. Hypertension Keyword 2. Diabetes Mellitus Keyword 3. Family Health Strategy

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Dados Importantes relacionados ao Paciente.....	20
FIGURA 2 – Fatores de Risco.....	21
FIGURA 3 – Anamnese.....	21
FIGURA 4 – Exames Laboratoriais.....	21
FIGURA 5 – Seguimento e Conduta.....	22

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição da população por sexo e por faixa etária em comunidade localizada no bairro Shangrilá, Ponta Grossa – PR.....	11
QUADRO 2 – Distribuição da população por moradia em comunidade localizada no bairro Shangrilá, Ponta Grossa – PR.....	12
QUADRO 3 – Pacientes com Hipertensão, Saúde Mental e Diabetes Mellitus por microárea em acompanhamento pela UBS.....	13
QUADRO 4 – Planejamento Operacional.....	18
QUADRO 5 – Recursos Educacionais.....	19

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1	JUSTIFICATIVA.....	13
1.2	OBJETIVOS .....	14
1.2.1	Objetivo geral .....	14
1.2.2	Objetivos específicos.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
2.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
2.2	DIABETES MELLITUS .....	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
2.3	RENOVAÇÃO DE RECEITA E CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL ..	<b>ERRO!</b>
	<b>INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>	
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
	<b>APÊNDICE 1 – FOLDER DE ORIENTAÇÃO .....</b>	<b>25</b>
	<b>APÊNDICE 2 – PRONTUÁRIO ESPECÍFICO HIPERDIA .....</b>	<b>26</b>
	<b>APÊNDICE 3 – AGENDA DEMANDA ESPONTÂNEA.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de uma intervenção realizada em um serviço de saúde no município de Ponta Grossa, Paraná. Inicialmente apresentamos o município, passando para o território de atuação, a fim de chegar na situação identificada como tema para a intervenção.

Ponta Grossa é um município do Estado do Paraná. De acordo com censo do IBGE (2010), o município possui uma área de 2.054,732 km<sup>2</sup> e 355.336 habitantes dos quais 6424 vivem na zona rural. O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 2,5 salário mínimos, sendo 29,2 % da população ocupada. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos idade é de 98,2 %

Apresenta 81,3 % de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 57,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 37 % de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. A taxa de mortalidade Infantil de 12,6 óbitos por mil nascidos vivos, 0,5 internações por diarreia / mil habitantes. (IBGE, 2020).

Em relação à organização da rede de atenção à saúde no município de Ponta Grossa, esta divide-se em: atenção básica (52 unidades de saúde, com 80 equipes de saúde da família; 5 NASF e 1 Equipe de atenção domiciliar); atenção especializada (Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidade, Central de Agendamentos, Laboratório Geral, Centro Municipal de Órtese e Prótese, Ambulatório de pediatria de alto risco e Programa de Saúde Escolar); Assistência Farmacêutica; Atenção Psicossocial (CAPS AD, CAPS II, CAPS IJ e ambulatório de saúde mental); e Atenção Hospitalar.

A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Carlos Dezaunet Neto localizada na cidade de Ponta Grossa – Paraná, no bairro Shangrilá. Foi reformada e ampliada em setembro de 2014 para aumentar e melhorar a atenção para toda a comunidade pertencente à área de abrangência.

O território atendido pela equipe abrange 3099 habitantes, divididos em 3 microareas. Na população da comunidade, observa-se o predomínio do sexo feminino (51,6%). Os dados descritivos referentes ao sexo e à faixa etária encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição da população por sexo e por faixa etária em comunidade localizada no bairro Shangrilá, Ponta Grossa – PR

Faixa etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino
Menores de 01 ano	15	16
01 ano	20	27
02 anos	22	18
03 anos	21	20
04 anos	13	34
05 a 09 anos	137	95
10 a 14 anos	108	106
15 a 19 anos	125	123

20 a 24 anos	128	136
25 a 29 anos	128	136
30 a 34 anos	103	126
35 a 39 anos	118	126
40 a 44 anos	107	125
45 a 49 anos	91	110
50 a 54 anos	104	112
55 a 59 anos	67	92
60 a 64 anos	78	75
65 a 69 anos	48	56
70 a 74 anos	27	29
75 a 79 anos	22	21
80 anos ou mais	15	19
TOTAL	1497	1602

Fonte: Equipe da US Shangrilá

Quanto à distribuição por área de moradia, observa-se predomínio da área urbana, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição da população por moradia em comunidade localizada no bairro Shangrilá, Ponta Grossa – PR

Região do município	Valor Absoluto
Zona Urbana	1527
Zona Rural	1
Não informado	1573
Total	3099

Fonte: Equipe da US Shangrilá

O Analfabetismo das pessoas que vivem na área de abrangência, é uma dificuldade que se desdobra no uso incorreto dos medicamentos Além disso, observa-se a cultura de “renovação de receita” sem a necessidade de consulta física. Os usuários deixavam a receita no balcão para serem copiadas, tal costume fez com que algumas pessoas ficassem sem se consultar por um ano, somente recebendo prescrições copiadas. A UBS ficou sem médico desde outubro de 2019 até março de 2020. Muitos pacientes ao longo deste ano de trabalho tiveram que se adaptar com uma nova rotina de consulta e com um atendimento personalizado e humanizado, observando as principais queixas e tentando solucioná-las, além de compensar as doenças crônicas.

Por fim, retomando a introdução deste texto, a equipe faz uso de informações epidemiológicas para programar os atendimentos e ações em saúde. O cadastro de pacientes acontece dentro do ESUS com bastante apoio e necessidade do uso do sistema de informação para obter dados para realizar atividades em saúdes focadas com determinados tipos de população.

Em relação aos indicadores de mortalidade, não há dados suficientes que possibilitem calcular o coeficiente de mortalidade geral da população, as 5 principais causas de mortalidade na comunidade no último ano e o coeficiente de razão de mortalidade materna.

Em relação a mortalidade infantil, houve um óbito de recém-nascidos no último ano. Esse dado é bastante importante já que há relação estabelecida entre mortalidade infantil e

assistência pré-natal, principalmente relacionado ao número insuficiente de consultas ou à qualidade do atendimento prestado (FIGUEIREDO et al., 2012). O óbito foi com 23 dias e relacionado à broncoaspiração e parada cardiorespiratória.

Sobre doenças específicas na comunidade, destacam-se ausência de casos de sífilis congênita, de casos suspeitos ou confirmados de Sarampo, de casos de tuberculose e de casos de dengue no último ano. Entretanto, foi registrado um caso de Hanseníase em acompanhamento.

Quanto às pessoas portadoras de doenças crônicas ou de saúde mental, existem 695 pacientes no território. A prevalência de HAS é de 14,8%. abaixo do esperado para a população brasileira que é de 32,3% (MALTA et al., 2018). O quadro 3 apresenta informações referentes ao acompanhamento de doentes crônicos, de acordo com a microárea.

Quadro 3. Pacientes com Hipertensão, Saúde Mental e Diabetes Melitos por microárea em acompanhamento pela UBS

Tipo de agravo	01	02	03
Hipertensos	99	95	128
Hipertensos e Diabéticos	40	47	49
Diabéticos	14	13	11
Saúde Mental	64	84	51
Total	217	239	239
Total de Pacientes	695		

Fonte: Equipe da US Shangrilá

Não há dados fidedignos para cálculo de cobertura vacinal. Observa-se que 93% das gestantes realizaram a quantidade de consultas esperadas pelo Ministério da Saúde (sete ou mais).

Podemos descrever que perfil da comunidade como de mulheres jovens adultas/os, moradoras/es na zona urbana, com doenças crônicas não transmissíveis e com transtornos relacionados a Saúde Mental.

As cinco principais queixas que demandam consulta médica são: Infecções das vias aéreas superiores, lombalgia crônica, solicitação de exames de rotina, renovação de receitas e saúde mental. De modo que, 695 dos usuários cadastrados apresentam doenças crônicas e recebem acompanhamento na unidade de saúde.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

O problema escolhido para intervenção é a renovação de prescrição medicamentosa sem presença física do usuário. A escolha se deu em reunião de equipe ao observar a rotina enraizada da não avaliação clínica antes de fornecer nova receita.

Devido à ausência de médico fixo na unidade por seis meses, existiu uma grande defasagem no seguimento desses pacientes, com agravamento no período pandêmico.

Cerca de 30 a 40 usuários procuram semanalmente a unidade de saúde para a troca de receita sem avaliação, o que se transformou em dificuldade para equipe resolver essa situação.

Corresponde a um problema importante ao paciente devido ao fato de ferir os princípios do SUS, universalidade e da integralidade, principalmente devido à dificuldade ao acesso à saúde, direito de todos.

A renovação de receita sem avaliação clínica pode levar complicações, além de ser antiético já que o mesmo pode estar com outras queixas além da renovação de receita que poderia ser resolvido na consulta, além de poder melhorar assistência a saúde e a relação do paciente com a equipe.

De acordo com o CFM, *“não é permitido repetir a receita sem o exame direto do paciente, notadamente naqueles casos em que os pacientes estão controlados e as posologias estáveis.”* Dessa forma, zelando pelo código de ética médica, o plano de intervenção proposto faz-se necessário para melhoria da atenção à saúde do integral do paciente, (CFM, 2018)

O plano é oportuno neste momento devido ao quadro pandêmico em que vivemos e a possibilidade de retomar as atividades com uma organização do processo de trabalho e acesso à consulta com avanços e melhorias tanto para o paciente quanto para a equipe.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral desse trabalho é: desenvolver uma estratégia de melhoria do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas cadastradas pela Equipe de Saúde da Família.

### 1.2.2. Objetivos específicos

A) Mapear as pessoas portadoras de doenças crônicas e queixas de saúde mental, identificando as que têm passado por consulta médica e as que não têm;

B) Criar um formulário específico para acompanhamento de portadores de doenças crônicas.

C) Organizar a agenda com espaços para acesso avançado e demanda espontânea

D) Criar grupos para desenvolver atividades educativas;

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HIPERTENSAO ARTERIAL SISTÊMICA

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg. Corresponde a causa de cardiopatia hipertensiva, associado a fator de risco para doenças ateroscleróticas e trombóticas, exteriorizando-se como acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade e da expectativa de vida dos indivíduos. (DUNCAN, 2004)

No Brasil, a hipertensão arterial atinge 36 milhões de indivíduos adultos, comportando mais de 60% dos idosos, de modo que contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. Em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. (MALACHIAS et al., 2016)

Em relação aos fatores de risco para doença cardiovascular, dividem-se em dois grupos: modificáveis e não modificáveis. Dentro os modificáveis, existem tabagismo, hipertensão, colesterol elevado, DM, obesidade, consumo elevado de álcool, vulnerabilidade social, alto consumo de gorduras saturadas e estilo de vida sedentário. Em relação aos não modificáveis, tem-se idade, sexo masculino e história familiar de doença cardiovascular. (GUSSO et al., 2019)

Os profissionais da atenção básica são de importância essencial nas estratégias para prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem ter como método de atendimento a prática clínica centrada na pessoa, envolvendo usuários e cuidadores, nos níveis individual e coletivo, para implementar e definir estratégias de controle à hipertensão. (BRASIL, 2014)

### 2.2 DIABETES MELLITUS

O termo diabetes mellitus corresponde a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por elevação da glicemia e distúrbios no metabolismo do carboidratos, proteínas e gorduras, resultando de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. (BRASIL, 2013)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de diabetes. Diabetes e suas complicações, na maioria dos

países, correspondem as principais causas de mortalidade precoce; sendo que aproximadamente 4 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por diabetes em 2015. A principal causa de óbito está relacionado com a doença cardiovascular, entre as pessoas com diabetes, sendo responsável por aproximadamente metade dos óbitos por diabetes na maioria dos países. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os critérios para rastreamento de diabetes mellitus em adultos assintomáticos são IMC>25kg/m<sup>2</sup> e um dos seguinte: sedentarismo; historia familiar de primeiro grau para diabetes; hipertensão arterial sistêmica; dislipidemia; historia de diabetes melitus gestacional ou recém nascido macrossômico; síndrome dos ovários policísticos; historia previa de alteração do nível glicêmico; acantose nigricans; história de doença cardiovascular. (GUSSO et al, 2019)

É recomendado fortalecer e qualificar a atenção ao paciente com esta doença através da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. A equipe deve avaliar o paciente integralmente, já que a diabetes mellitus encontra-se relacionada com os fatores de risco descritos acima e outras doenças. Ações que podem prevenir o diabetes e suas complicações devem ser estimuladas pela equipe, tendo como alvo rastrear quem tem alto risco para a doença, além do rastreio para descobrir e instituir o tratamento precoce. (BRASIL, 2013).

### 2.3. RENOVAÇÃO DE RECEITA E CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL

A renovação automática de receita é um problema crônico na UBS Carlos Dezaunet Neto, que prejudica a relação médico-paciente. Os principais problemas que deveriam ser solucionados e pesquisados durante a consulta para prescrição de medicações de uso contínuo são: medicamento não indicado, historia de alergia ou reação adversa, medicamento inadequado, medicamento contra indicado, interação medicamentosa, interação medicamento-alimento, duplicidade terapêutica, medicamento desnecessário, dose, via de administração e posologia erradas e iatrogenia. (AGUIAR et al., 2018)

De acordo com Código de Ética Médica, em seu artigo 37 do capítulo V, é vedado ao médico “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.”. Além disso, no artigo 80 do Capítulo X é vedado ao médico “expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Ainda que seja uma prática comum, há discordância com o código de ética de medicina como exposto acima. A consulta médica é necessária para melhorar a relação médico-paciente além de obter dados no exame físico que corroboram para o cuidado centrado na pessoa.

No atendimento de pessoas hipertensa, é preciso avaliar pressão arterial, índice de massa corporal, Circunferência Abdominal, palpação de pulsos (ajudar a identificar situações de insuficiência arterial periférica), exame cardíaco e pulmonar (se suspeita de IC ou doença cardíaca estabelecida + edema de membros inferiores), avaliação neurológica e motora (caso haja sequela de AVC). (GUSSO et al., 2019)

No caso de pacientes diabéticos, verificar presença de outros fatores de risco cardiovasculares e de complicações micro e macrovasculares, realizar o exame dos pés que inclui avaliação da sensibilidade superficial (monofilamentos de 10 g) e profunda (diapasão), palpação de pulsos e avaliação sobre a presença de feridas, infecções, deformidades, alterações de trofismo e deve ser realizado no mínimo anualmente. (GUSSO et al, 2019)

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido por uma pesquisa-ação na área da saúde, em uma unidade de saúde no município de Ponta-Grossa- PR. A pesquisa-ação é uma forma de investigação fundamentada numa autorreflexão coletiva desempenhada por participantes de um grupo social como forma de melhorar a racionalidade e a justiça das práticas sociais e educacionais (KEMMIS e MC TAGGART,1988, apud Elia e Sampaio, 2001, p.248). Segundo Thiollent, (2005), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo.

Thiollent (2005) divide a pesquisa-ação em sete fases: 1) exploratória; 2) Interesse do tema; 3) Definição do problema; 4) Lugar da teoria; 5) Elaboração da proposta; 6) Implantação; e 7) Avaliação do impacto.

Após as fases exploratória e de interesse pelo tema, em reunião com a equipe, foi definido o problema já apresentado. A seguir foi feito o estudo teórico para elaborar a proposta. Após a elaboração da proposta, esta foi implantada. Neste trabalho não possível avaliar o impacto da ação implantada.

O quadro abaixo apresenta de forma sucinta o problema identificado, e a organização para o desenvolvimento das ações.

Quadro 4. Planejamento Operacional

PROBLEMA: Renovação de medicação sem presença física do paciente				
OBJETIVO: Melhorar o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos.				
AÇÃO	DETALHAMENTO DA AÇÃO	RESPON-SÁVEL	População Alvo	PRAZO
Panfleto sobre a importância das consultas	Conscientizar o paciente em relação da importância da consulta médica para tomada de conduta específica para o seu agravo através de atividades educacionais	Médico	14 usuarios (equipe da UBS Carlos Dezaunet)	1 mês
Mapeamento dos paciente	Organização de planilhas com os pacientes que usam medicamentos de uso contínuo	ACS	695 usuarios (doentes crônicos e de saúde mental)	Realizado
Avaliação da adesão do paciente as consultas	Foi criado um prontuário para os pacientes portadores de doença crônica e de saúde mental. Será possível avaliar a Reavaliação do quadro clínico do	Médico	Pelo menos 278 pacientes crônicos e de saúde mantal (40%)	3 meses

	paciente e ajuste medicamentoso, além da presença em consultas			
Organização da agenda	Limitar a quantidade de pacientes agendados para que haja espaço para resolver demandas de urgência/demanda espontânea	Administrativo	Administrativo Médico e equipe de enfermagem	Realizado
Criação dos Grupos de HiperDia, Saúde Mental e Pré-Natal	Baseado na avaliação do quadro clínico e dos dados levantados pela equipe, criação de um dia voltado para os pacientes que necessitam seguimento contínuo.	Médico	40 pacientes / semana (média estimada pela quantidade de receita)	4 meses

O quadro 5 apresenta a relação entre os objetivos e a indicação dos recursos educacionais produzidos para a realização das ações.

Quadro 5 – Recursos Educacionais desenvolvidos

<b>Objetivo</b>	<b>Recursos Educacionais</b>	<b>Locais de divulgação dos recursos educacionais</b>
Realizar palestras/momentos educativos com os usuários, durante as consultas e visitas domiciliares	Criação de Folder em PDF	REA UNA-SUS
Criar um prontuário específico para os pacientes portadores de doenças crônicas e de saúde mental	Criacao de modelo em PDF	REA UNA-SUS
Organizar a agenda com espaços para acesso avançado e demanda espontânea	Criacao de material em pdf	REA UNA-SUS

#### 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Em marco de 2020, em reunião de equipe, foi discutido sobre a temática a ser realizada nesse projeto de intervenção e solicitado às Agentes Comunitárias de Saúde o mapeamento dos pacientes conforme explicitado anteriormente, através do Apêndice 1. Foi explicado também sobre a importância da consulta médica, os direitos do paciente em detrimento dos princípios do SUS e sobre como deve-se cuidar do paciente de forma centrada na pessoa.

Em abril de 2020, em reunião com a equipe de enfermagem, foi discutido sobre a necessidade de um formulário específico para atendimento dos indivíduos hipertensos e diabéticos, para avaliar principalmente seguimento do cuidado integral fornecido pela equipe (Apêndice 2).

Para construção do formulário foram levantados os seguintes tópicos, conjuntamente com a equipe:

- a) Dados importantes relacionados ao paciente: Nome, Idade, Data de Nascimento, Cartão Nacional do SUS, Ficha Familiar, peso, Estatura, Circunferência Abdominal, Pressão Arterial, Glicemia, Estado civil, Ocupação e Renda, Histórico de comorbidades: Hipertensão, Diabetes, entre outras e Há quanto tempo tem a doença

**PRONTUÁRIO HIPERTENSÃO**

DATA: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CA: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ FICHA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

RENDA: \_\_\_\_\_

HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) OUTRAS: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO TEM A DOENÇA: \_\_\_\_\_

Figura 1. Dados Importantes relacionados ao Paciente

- b) Análise dos fatores de risco do paciente: Foram pontuados tabagismo, bebidas alcoólicas, uso de anticoncepcionais, gota, atecedentes familiares, insônia, infarto ou acidente vascular encefálico prévio, de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial (Brasil, 2014)

	SIM	NÃO	OBS
BEBIDA ALCOÓLICA			
FUMO			
ANTICONCEPCIONAL			
ARTRITE/ARTROSE/GOTA			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE HAS E DM			
INSÔNIA			
INFARTO OU ACIDENTE VASCULAR PRÉVIO			
OUTROS			

Figura 2. Fatores de Risco

- c) Anamnese: Questionado sobre as queixas do paciente, internação prévia, medicamentos em uso, dificuldade para tomar medicações, atividade física, alimentação, ingesta hídrica, diurese, evacuação, sono e lazer.

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

NO ÚLTIMO ANO, FICOU INTERNADO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS EM USO: \_\_\_\_\_

TEM DIFICULDADE PARA TOMAR ALGUMA: \_\_\_\_\_

PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

INGESTA HÍDRICA: \_\_\_\_\_ DIURESE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EVACUAÇÃO: \_\_\_\_\_

SONO: \_\_\_\_\_

LAZER: \_\_\_\_\_

Figura 3. Anamnese

- d) Exames laboratoriais: glicemia de jejum (GLI), ácido úrico (AUR), creatinina (CR), Colesterol total (Total), Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicerídeos (TGL), parcial de urina (PU), microalbuminúria, potássio (K), hemoglobina glicada (HEM GLI), hemograma e eletrocardiograma (ECG) (DUNCAN, 2019)

EXAMES LABORATORIAIS: / /

GLI	AUR	CRE	COT	HDL	LDL	TGL	K	PU	HEM GLI	ECG
Outros										

#### Figura 4. Exames Laboratoriais

##### e) Espaço para seguimento e conduta

DATA	PESO	IMC	PA	HGT	CA
ORIENTAÇÃO/CONDUTA:					
RISCO:			RETORNO:		

#### Figura 5. Seguimento e Conduta

Dessa forma, foi possível atender até o momento 38 pacientes usando o formulário. Observa-se que foi possível melhorar a assistência ao paciente, otimizando as medicações em uso e minimizando morbimortalidade da doença.

Para que fosse possível a aplicação do cuidado integral, foi proposto nova forma de agenda com divisão dos atendimentos de pacientes agendados e demanda espontânea conforme Apêndice C.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise situacional e epidemiológica da Unidade de Saúde Carlos Dezaunet (Parque Shangrilá), foi possível observar a prática comum de renovação de receita sem a presença física do paciente. Tal fato compreende a uma infração ao Código de Ética Médica e aos princípios do SUS.

Na tentativa de solucionar o problema, foi realizado reuniões com a equipe da unidade de saúde e levantado pontos importantes, com priorização do atendimento e cuidado integral ao paciente. A equipe percebeu a urgência em reverter o acontecimento e estabeleceu em conjunto metas e ações com o objetivo de melhorar o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, atingindo os objetivos parcialmente. Houveram dificuldades para aplicabilidade da intervenção devido ao período de férias dos funcionários de enfermagem e da pandemia de COVID-19.

Conclui-se que a temática deve ser sempre abordada com toda a equipe, principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde que são capazes de realizar o mapeamento do pacientes em questão. A criação de um prontuário específico permite a organização dos pacientes e acompanhamento, por parte de toda equipe, da situação de saúde do mesmo.

Por fim, decide-se que a ferramenta em saúde deve ser ampliada para pacientes com outras comorbidades (como Hipotireoidismo, Saúde Mental, entre outras), para que seja possível ter maior suporte aos usuários.

## REFERÊNCIAS

Aguiar et al. Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica . Revista Médica de Minas Gerais. 2018. Acessado em 30 de outubro de 2020 em <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2360>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à . Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.1931, de 17 setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Disponível em <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf)>. Acesso em 30 de outubro de 2020

DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. . Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

**E-SUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus> Acesso em: 25 de novembro de 2019

Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2012 [acesso em: 25 de novembro de 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_26.pdf)

**IBGE: Cidades e Estados – Ponta Grossa** . Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html> . Acesso em 30 de setembro de 2020.

KEMMIS e MC TAGGART, 1988, apud Elia e Sampaio, 2001, p.248.

MALACHIAS, MVB et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, Sept. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2016004800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2016004800002&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Oct. 2020

[MALTA, Deborah Carvalho](#) et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2018, vol.21, suppl.1, e180021. Epub 29-Nov-2018. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>.

**Plano Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf> Acesso em: 30 de setembro de 2020

PROCESSO-CONSULTA CFM No 30/2014 – PARECER CFM No 20/2018. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20_2018.pdf) . Acessado em: 30 de setembro de 2020.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. [Internet]. 2019 [acesso em 30 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/im-ages/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação (14aed.) São Paulo: Editora Cortez, 2005.

## APÊNDICE 1 – FOLDER DE ORIENTAÇÃO



### ESTRATÉGIA DE MELHORIA DO CUIDADO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carlos Alberto Meneses Monteiro Filho  
Unidade de Saúde da Família Carlos Dezaunet

#### JUSTIFICATIVA

O problema escolhido para intervenção é a renovação de prescrição medicamentosa sem presença física do usuário. A escolha se deu em reunião de equipe ao observar a rotina enraizada da não avaliação clínica antes de fornecer nova receita

De acordo com o CFM, “não é permitido repetir a receita sem o exame direto do paciente, notadamente naqueles casos em que os pacientes estão controlados e as posologias estáveis.” (CFM, 2018)

#### EMBASAMENTO

Os principais problemas que deveriam ser solucionados e pesquisados durante a consulta para prescrição de medicações de uso contínuo são: medicamento não indicado, história de alergia ou reação adversa, medicamento inadequado, medicamento contra indicado, interação medicamentosa, interação medicamento-alimento, duplicidade terapêutica, medicamento desnecessário, dose, via de administração e posologia erradas e iatrogenia. (AGUIAR et al., 2018)

De acordo com Código de Ética Médica, em seu artigo 37 do capítulo V, é vedado ao médico “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.”. Além disso, no artigo 80 do Capítulo X é vedado ao médico “expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

#### METAS

- A) Mapear as pessoas portadoras de doenças crônicas e queixas de saúde mental, identificando as que têm passado por consulta médica e as que não têm;
- B) Criar um formulário específico para acompanhamento de portadores de doenças crônicas.
- C) Organizar a agenda com espaços para acesso avançado e demanda espontânea
- D) Criar grupos para desenvolver atividades educativas;

#### REFERÊNCIAS

PROCESSO-CONSULTA CFM No 30/2014 – PARECER CFM No 20/2018. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/20_2018.pdf). Acessado em: 30 de setembro de 2020.

Aguiar et al. Renovação de Prescrição Médica na atenção primária: uma análise crítica. Revista Médica de Minas Gerais. 2018. Acessado em 30 de outubro de 2020 em <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2360>>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.1931, de 17 setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Disponível em <[http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf)>. Acesso em 30 de outubro de 2020

## APÊNDICE 1 – PRONTUÁRIO ESPECÍFICO HIPERDIA

DATA: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_.

ESTATURA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CA: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ FICHA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

RENDA: \_\_\_\_\_.

HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) OUTRAS: \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO TEM A DOENÇA: \_\_\_\_\_

	SIM	NÃO	OBS
BEBIDA ALCOÓLICA			
FUMO			
ANTICONCEPCIONAL			
ARTRITE/ARTROSE/GOTA			
ANTECEDENTES FAMILIARES DE HAS E DM			
INSÔNIA			
INFARTO OU ACIDENTE VASCULAR PRÉVIO			
OUTROS			

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

NO ÚLTIMO ANO, FICOU INTERNADO: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS EM USO: \_\_\_\_\_

TEM DIFICULDADE PARA TOMAR ALGUMA: \_\_\_\_\_

PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

INGESTA HÍDRICA: \_\_\_\_\_ DIURESE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EVACUAÇÃO: \_\_\_\_\_

SONO: \_\_\_\_\_

LAZER: \_\_\_\_\_

## EXAMES LABORATORIAIS: / /

GLI	AUR	CRE	COT	HDL	LDL	TGL	K	PU	HEM GLI	ECG
Outros										

DATA	PESO	IMC	PA	HGT	CA
ORIENTAÇÃO/CONDUTA:					
RISCO:			RETORNO:		

DATA	PESO	IMC	PA	HGT	CA
ORIENTAÇÃO/CONDUTA:					
RISCO:			RETORNO:		

DATA	PESO	IMC	PA	HGT	CA
ORIENTAÇÃO/CONDUTA:					
RISCO:			RETORNO:		

DATA	PESO	IMC	PA	HGT	CA
ORIENTAÇÃO/CONDUTA:					
RISCO:			RETORNO:		

## APÊNDICE 3 – AGENDA ATENDIMENTO AGENDADO E DEMANDA ESPONTÂNEA

<b>CARLOS</b>	Data: ___ / ___ / ___	PREFEITURA DE PONTA GROSSA - PR SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
---------------	-----------------------	--	---

SEGUNDA () / TERÇA () / QUARTA () / QUINTA () / SEXTA ()

PERÍODO: MANHÃ

NOME	HORÁRIO	MOTIVO/QUEIXA	FF	TELEFONE
1.	08:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
2.	08:30	AGENDADO		
3.	09:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
4.	09:30	AGENDADO		
5.	10:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
6.	10:30	AGENDADO		
7.	11:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
8.	11:30	AGENDADO		

PERÍODO :TARDE

NOME	HORÁRIO	MOTIVO/QUEIXA	FF	TELEFONE
1.	13:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
2.	13:30	AGENDADO		
3.	14:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
4.	14:30	AGENDADO		
5.	15:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
6.	15:30	AGENDADO		
7.	16:00	DEMANDA ESPONTÂNEA		
8.	16:30	AGENDADO		