

## **ATIVIDADE 29 - DESENVOLVIMENTO DA AGENDA PROGRAMÁTICA PARA SAÚDE DO ADULTO**

Profª Drª Lucrécia Helena Loureiro

### **Programação dos atendimentos para os Hipertensos**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, por ser uma doença silenciosa de curso assintomático, seu diagnóstico e tratamento são negligenciados por parte dos pacientes, por isso é considerada um problema grave de saúde pública no país. O controle e tratamento adequado dessa patologia é um grande desafio da Atenção Básica, principalmente da Estratégia Saúde da Família, espaços privilegiados que atuam uma equipe multiprofissional, cujo processo de trabalho está pautado no vínculo da comunidade.

Diante desse desafio, o processo de trabalho pode ser melhor gerenciado se os profissionais elaborarem planos de ação seguindo o protocolo do Ministério da Saúde(2015), que estabelece como parâmetro nacional a prevalência estimada em nosso meio de 21,4% da população total adulta (maior ou igual a 18 anos).

Segundo Maletta (2014), para estabelecer o quantitativo de pessoas acima de 18 anos, deve-se considerar 67% da população total, destes deve considerar que 80% dos hipertensos estimados sejam acompanhados pelas equipes de atenção básica ( Tabela 8).

É importante, então, estabelecer diferenciação entre a clientela estimada e cadastrada, visto que nem todos estimados são efetivamente usuários do SUS.

Na perspectiva do PMAQ (2012), para cada hipertenso cadastrado na ESF, deve-se reservar 3,5 consultas.

Vale ressaltar que essa patologia apresenta riscos variados, conforme Brasil(2006) que fornece através do quadro 4 abaixo a classificação de risco para os pacientes hipertensos.

Quadro 4. Classificação de Risco para Hipertensão

19:30 31%

dab.saude.gov.br

Confirmar PA elevada em nova consulta (1 mês)  
Avaliar fatores de risco e calcular Escore de Framingham  
Definir existência de lesão de órgão-alvo

	Risco BAIXO	Risco MODERADO	Risco ALTO
	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano)
PA normal (<120/80)	Reavaliar em 2 anos. Medidas de prevenção (ver Manual de Prevenção).		
Pré-hipertensão (120-139/80-89)	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida	Mudança de estilo de vida
Estágio 1 (140-159/90-99)	Mudança de estilo de vida (reavaliar em até 12 meses)	Mudança de estilo de vida ** (reavaliar em até 6 meses)	Tratamento Medicamentoso
Estágios 2 (≥160 / ≥100)	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamentoso

\* Tratamento Medicamentoso se insuficiência cardíaca, doença renal crônica ou diabetes.  
\*\* Tratamento Medicamentoso se múltiplos fatores de risco.  
OBS: Escore de Framingham: ver Caderno Atenção Básica nº14-Prevenção Clínica de DCV e DRC.

Nessa perspectiva, elaboramos três tabelas (8,9 e 10) com o intuito de estimar o quantitativo de consultas necessários para atender a população hipertensa, com baixo, médio e alto risco.

Tabela 8 Programação para o acompanhamento dos Hipertensos

Unidade de Saúde	População	% > 18 ANOS	POP > 18 ANOS	PROGRAMAÇÃO HIPERTENSOS
	Estimada 2014	67%	21,4% (hipertensos)	ACOMPANHAMENTO (80%-PMAQ) HAC
UBS X	POP. TOTAL	POPTOTAL X 0,67 = Z	Z X 0,214 = W	W X 0,8 = Q

Fonte: Brasil, 2015

O Ministério da Saúde, através do PMAQ, indica ainda que 80% dos clientes considerados hipertensos devem ser acompanhados na Atenção Básica.

Para cada grupo de hipertenso constante no módulo de Saúde do Adulto, há um risco em potencial. Para melhor entendimento, descrevemos os passos que culminaram a análise do quantitativo de clientes de acordo com a classificação de risco (quadro 4):

- Hipertensos de baixo risco (HBR), representa 40%.

$$\text{HBR} = \frac{\text{HAC} \times 40 (\% \text{ estimado de pessoas com hipertensão de baixo risco})}{100}$$

HBR- hipertenso de baixo risco

HAC- hipertenso acompanhados

- Hipertensos de médio risco (HMR), representam 35%.

$$\text{HMR} = \frac{\text{HAC} \times 35 (\% \text{ estimado de pessoas com hipertensão de médio risco})}{100}$$

- Hipertensos de alto risco (HAR), representam 25%.

$$\text{HAR} = \frac{\text{HAC} \times 25 (\% \text{ estimado de pessoas com hipertensão de alto risco})}{100}$$

Tabela 9. Demonstra a classificação de risco para hipertensão

Unidade de Saúde	HIPERTENSOS	HIPERTENSOS	HIPERTENSOS	HIPERTENSOS
	ACOMPANHADOS - HAC	BAIXO RISCO 40% - HBR	MÉDIO RISCO 35% - HMR	ALTO RISCO 25%- HAR
UBS X	HAC	HAC X 0,4	HAC X 0,35	HAC X 0,25

Fonte: Brasil, 2015

A tabela 9 e 10 apresentam, detalhadamente, os cálculos utilizados para apazamento de consultas de acordo com a classificação de risco para hipertensão arterial. Com essas informações poder-se-á calcular o quantitativo de consultas ano preconizado para essa população. Isso facilitará e contribuirá para o planejamento das ações e atividades de saúde a serem realizadas.

Tabela 10. Estimativa de consultas para hipertensos de baixo, médio e alto risco

Unidade de Saúde	HIPERTENSOS CADASTRADOS	HIPERTENSOS BAIXO RISCO	HIPERTENSOS MÉDIO RISCO	HIPERTENSOS ALTO RISCO 25%
	3,5 CONSULTAS\ANO	CONS 2 X /ANO	CONS 4/4 MESES	CONS 2/2 MESES
UBS X	HAC X3,5 = S	HBR X 2	HMR X 3	HAR X 6

Fonte: PMAQ\2012

O MS (2015) determina que as unidades de atenção primária a saúde devem reservar 3,5 consultas para cada paciente cadastrado no programa de hipertensão e para cada paciente hipertenso de baixo risco, a garantia de 2 consultas ano, os de médio risco 3 consultas por ano (4\4 meses) e os com hipertensão severa 6 consultas com um intervalo de 2\2 meses, essas orientações servem para um melhor controle e avaliação desta população.

Assim temos o programado para atendimento na APS:

= Hipertensos de baixo risco(HBR) X 2 consultas\ ano

= Hipertensos de médio risco(HMR) X 3 consultas \ ano

= Hipertensos de alto risco(HAR) X 6 consultas \ ano

Para a proposta de agendamento das consultas mensal e/ou semanal, segue o demonstrativo na tabela 10.

Tabela 10. Agendamento de consultas para o programa de Hipertensão

Unidade de Saúde	HBR			HMR			HAR					
	População programática			População programática			População programática					
Parâmetro =>	Quantitativo de consultas	CONS\ ANO	CONS\ MÊS	CONS\ SEM	Quantidade de consultas	CONS\ ANO	CONS\ MÊS	CONS\ SEM	Quantidade de consultas	CONS\ ANO	CONS\ MÊS	CONS\ SEM
UBSF	Y	Y	Y\12=Z	Z\4	Y	Y	Y\12=Z	Z\4	Y	Y	Y\12=Z	Z\4

Fonte: Próprio autor

A seguir o demonstrativo dos cálculos utilizados no *software* para o agendamento das consultas, segundo a classificação de risco.

Consulta de HBR\HMR\HAR (mensal) =  $\frac{\text{quantitativo de consultas ano}}{12(\text{Meses do ano})}$

Consulta HBR\HMR\HAR (semanal)=  $\frac{\text{quantitativo de consultas mensal}}{4(\text{Semanas do mês})}$

Vale ressaltar que, o percentual estimado de atendimento para cada categoria profissional é de responsabilidade do gerente que tem a opção de modificar essa estimativa conforme perfil profissional.

## **Desenvolvimento do Módulo Saúde do Adulto: Programação dos atendimentos para os Diabéticos**

O Diabetes Mellitus é uma doença bastante comum no mundo, de base genética e hereditária que resulta em um acúmulo de glicose pelo organismo. Hoje, sem dúvida nenhuma, é um problema relevante nas políticas públicas do país.

Além do fator genético, a doença está totalmente ligada ao estilo de vida adotada pela população. Embora ainda não haja uma cura definitiva, existem vários tratamentos disponíveis. Com base em autores do campo, o PMAQ(2015) aponta a importância do diagnóstico populacional para controle dessa doença, pois além da sua prevalência estar aumentando, o diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, amputação, além de expor a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

Desde a implantação do SUS, há mais de 27 anos, o campo da saúde pública tem vivido inúmeras transformações. Parâmetros de programação preconizados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) definem que pelo menos 65% dos diabéticos estimados deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica. No entanto, considerando que apenas 50% dos

diabéticos tenham o diagnóstico médico, é imprescindível a busca ativa de novos casos e o acompanhamento dos cadastrados.

Segundo os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a prevalência média referida de diabéticos entre pessoas com 18 anos ou mais seria de 6,9%. (Brasil, 2015)

De acordo com Maletta (2015 p. 76), para estabelecer o quantitativo de pessoas acima de 18 anos, tendo como parâmetro do Censo de 2010, deve-se considerar 67 % da população total.

Dessa maneira, algumas formulações para captação e cadastramento têm buscado recolocar os pacientes diabéticos no âmbito do SUS.

A tabela 11 mostra a estimativa e a programação de pessoas com diabetes.

Tabela 11. Programação de acompanhamento de diabetes

Unidade de Saúde	População	% > 18 ANOS	POP > 18 ANOS	PROGRAMAÇÃO DIABÉTICOS
	Estimada 2014	67%	6,9% (diabéticos)	ACOMPANHAMENTO (65%-PMAQ)
UBS X	POP. TOTAL	$POPTOTAL \times 67 \div 100 = Z$	$Z \times 6,9 \div 100 = W$	$W \times 65 \div 100 = Q$

Fonte: Próprio autor

O MS (BRASIL, 2015) classifica como Diabético: de baixo risco (DBR) para 20% dos clientes acompanhados na ESF que não fazem uso de hipoglicemiantes orais, 65% médio risco (DMR), ou seja, em uso medicamentoso oral e 15% diabético de alto risco (DAR) os dependentes de insulina (Tabela12).

Tabela 12. Classificação de risco para diabetes

Unidade de Saúde	DIABÉTICOS	DIABÉTICOS BAIXO RISCO- DBR	DIABÉTICOS MÉDIO RISCO- DMR	DIABÉTICOS ALTO RISCO -DAR
	ACOMPANHADOS - DAC	(SEM MEDICAMENTO 20%)	(NÃO USUÁRIO DE INSULINA 65%)	(USUÁRIO DE INSULINA 15%)
UBS X	DAC	$DAC \times 20 \div 100$	$DAC \times 65 \div 100$	$DAC \times 15 \div 100$

Fonte: Brasil, 2015

Para a construção da tecnologia, utilizamos as seguintes fórmulas:

$$\text{DBR} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos acompanhados} \times 20}{100}$$

$$\text{DMR} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos acompanhados} \times 65}{100}$$

$$\text{DAR} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de diabéticos acompanhados} \times 15}{100}$$

DBR= diabético de baixo risco

DMR= diabético de médio risco

DAR= diabético de alto risco

Tabela 13. Programação de consultas para os diabéticos cadastrados

Unidade de Saúde	DIABÉTICOS	DIABÉTICOS BAIXO RISCO	DIABÉTICOS MÉDIO RISCO	DIABÉTICOS ALTO RISCO
	CADASTRADOS 4,5 CONSULTAS\ANO	(SEM MEDICAMENTO 20%) CONS 4\4 MESES	(NÃO USUÁRIO DE INSULINA 65%) CONS 3/3 MESES	(USUÁRIO DE INSULINA 15%) CONS 2/2 MESES
UBS X	DAC X4,5 = S	DBR X 3	DMR X 4	DAR X 6

Fonte: PMAQ,2012

Para auxiliar na elaboração das informações usadas para alimentar o banco de dados do software, inicialmente foi necessário conhecer o que o Ministério da Saúde preconiza como básico para atendimento dessa clientela. Brasil(2015) aponta que todo cliente cadastrado como diabético terá direito a 4,5 consultas ao ano, ou sendo classificado como baixo risco a unidade deverá oferecer o quantitativo de 3 consultas por ano, os de médio risco 4 consultas ao ano e os de alto risco 6 consultas ao ano.

## Desenvolvimento do Módulo Saúde do Adulto: Programação dos atendimentos para os Idoso.

Um dos pactos do conjunto de compromissos sanitários, O Pacto pela Vida, de 2006, propõe a questão do ciclo de envelhecimento como um tema fundamental na área da saúde. Em outubro de 2003, foi sancionada a Lei N° 10.741 que dispõe no Art. 1º o Estatuto do Idoso, destinado a assegurar a todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos direitos fundamentais a pessoa humana.

Para assegurar uma atenção básica de qualidade faz necessário estimar o percentual de pessoas com 60 anos e mais na população residente em determinado local e ano considerado. Seu conhecimento contribui para a adequação e o planejamento das ações e avaliação das políticas públicas voltadas para o envelhecimento da população. Segundo o SISAP (2009), esta adequação de políticas públicas para o atendimento das pessoas idosas é especialmente importante no campo da saúde.

É importante enfatizar que segundo o IBGE (2015), 10,79% da população estão na maior idade. Cuidar dessa parcela da população é um grande desafio visto que 40% são SUS dependente. Destaca-se que está garantido o atendimento para os 100% desses clientes SUS. Na Tabela 15, mostra as bases de dados utilizadas na tecnologia.

Tabela 15: Programação para Idosos

Unidade de Saúde	População	% > 60 ANOS	POP > 60 ANOS	PROGRAMAÇÃO IDOSOS
	Estimada 2014	10,79 %	40% (SUS)	ACOMPANHAMENTO (100%-PMAQ)
UBS X	POP. TOTAL	$POPTOTAL \times 10,79 \div 100 = Z$	$Z \times 40 \div 100 = W$	$W \times 100 \div 100 = Q$

Fonte: Brasil,2006

Cabe informar que, a partir do banco de dados, o sistema calcula o quantitativo mínimo de consultas preconizado para essa parte da população, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), em Critérios e

Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de 03(três) consultas ao ano para todo idoso residente no território nacional.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº1882, de 18 de dezembro de 1997. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle de cânceres do colo do útero e da mama**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- 2.ed.- Brasília : Editora do Ministério da Saúde,2013.124p:II-(Cadernos de Atenção Básica: n.13).

BRASIL - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RJ. Escola de Formação Técnica em Saúde. **Guia curricular do Curso em Agente Comunitário de Saúde** - área de promoção da saúde na comunidade/Escola de Formação Técnica em Saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: ETIS, 2006.

BRASIL. Lei No 9.394, de 20 de dezembro 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 23 Dez 1996. Seção 1. p. 27.2

MALETTA, Carlos Henrique Mudado. Epidemiologia e Saúde Pública. Belo Horizonte. 3ª ed. Editora: Coopmed, 2014. 322p.

PMAQ. Programa de Melhoria e Acesso e Qualidade. Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012.