

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NATALIA CAROLINA SANTOS E SILVA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
OFTALMOLÓGICO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA MAIS VIDA**

Polo Campos Gerais/Minas Gerais

2015

**NATALIA CAROLINA SANTOS E SILVA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
OFTALMOLÓGICO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA MAIS VIDA**

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.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Albino da Silva

Polo Campos Gerais/Minas Gerais

2015

**NATALIA CAROLINA SANTOS E SILVA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
OFTALMOLÓGICO DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA MAIS VIDA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Maria Betânia Tinti de Andrade – UNIFAL

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 de fevereiro de 2015.

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

**CMS** - Conselho Municipal em Saúde

**DM**- Diabetes Mellitus

**ESF** – Equipe de Saúde da Família

**HAS** – Hipertensão Arterial Sistêmica

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano

**LAI** – Lei de Acesso à Informação

**NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

**PA** – Pronto Atendimento

**PES** - Planejamento Estratégico Situacional

**PSF**- Programa Saúde da Família

**RD** – Retinopatia Diabética

**SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>Pág.</b>
<b>QUADRO 1</b> – Distribuição da população do município de Delfim Moreira segundo faixa etária e sexo.....	11
<b>QUADRO 2</b> – Priorização dos problemas no Programa Saúde da Família do município de Delfim Moreira.....	19
<b>QUADRO 3</b> – Desenho das operações.....	22
<b>QUADRO 4</b> - Identificação dos recursos críticos.....	23
<b>QUADRO 5</b> – Análise de viabilidade do plano.....	24
<b>QUADRO 6</b> – Elaboração do plano operativo.....	25
<b>QUADRO 7</b> – Resultados esperados após a implantação do plano.....	26
<b>FIGURA 1</b> - Explicação do problema selecionado.....	20
<b>FIGURA 2</b> - Explicação do problema selecionado.....	21

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença com características sistêmicas que ocorre em cerca de 6 a 7% da população brasileira. Está entre as principais causas de cegueira irreversível no Brasil e no mundo, sendo a principal complicação a retinopatia diabética (RD), presente em 29 a 40% dos diabéticos. Cerca de 50% dos pacientes com 10 anos de diabetes e de 60 a 80% com mais de 15 anos da doença têm retinopatia. Já os Hipertensos, segundo o Ministério da Saúde, que em 2006 representavam 21,5% da população brasileira, em 2009 passaram a representar 24,4%. A retinopatia hipertensiva também está entre as principais causas de retinopatias acometendo cerca de 15% dos pacientes. No município de Delfim Moreira – MG é disponibilizada apenas uma consulta oftalmológica por mês pelo SUS para os 7971 habitantes. Desta forma, a população de hipertensos e diabéticos adscrita à Equipe de Saúde da Família Mais Vida que necessita de acompanhamento oftalmológico encontra grande dificuldade para tal. Segundo diretrizes esse acompanhamento oftalmológico deveria ser anual a partir do momento do diagnóstico da doença crônica, quando a realização da fundoscopia não for possível na unidade básica, a fim de prevenir e diagnosticar precocemente possíveis complicações oculares. Não existe no município equipamentos adequados e profissionais treinados para a realização do exame de fundoscopia. Diante deste contexto, surgiu a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção para que a equipe do PSF Mais Vida do município de Delfim Moreira possa intervir nesse problema.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus, oftalmopatias, atenção básica à saúde, retinopatia diabética, retinopatia hipertensiva, oftalmoscopia.

## **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus is a disease with systemic characteristics that occurs in about 6 to 7% of the Brazilian population. Is among the leading causes of irreversible blindness in Brazil and in the world, being the main complication diabetic retinopathy, present in 29 to 40% of diabetics. About 50% of patients with 10 years of diabetes and 60 to 80% with more than 15 years of disease have retinopathy. Already the Hypertensive, according to the Ministry of health, which in 2006 accounted for 21.5% of the Brazilian population, in 2009 representing 24.4%. The hypertensive retinopathy is also among the leading causes of retinopathy affecting approximately 15% of patients. In the city of Delfim Moreira-MG, is provided only an ophthalmologic consultation per month by SUS for 7971 inhabitants. In this way, the population of hypertensive and diabetic patients assigned to the family health Team More life that requires eye tracking is great difficulty for such. According to guidelines that follow should be annual eye from the moment of diagnosis of chronic disease, when the realization of good ophthalmoscopy is not possible in the basic unit in order to prevent and diagnose possible eye complications early. Does not exist in the municipality suitable equipment and trained professionals for the realization of good ophthalmoscopy examination. Given this context, the need arose to develop a proposal for intervention for the PSF team More Life in the municipality of Soledade can intervene on this issue.

**Key words:** Hypertension, Diabetes Mellitus, eye diseases, basic health care, diabetic retinopathy, hypertensive retinopathy, ophthalmoscopy.

## SUMÁRIO

	Pág.
I. INTRODUÇÃO.....	9
II. JUSTIFICATIVA .....	14
III. OBJETIVO.....	15
IV. METODOLOGIA.....	16
V. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
VI. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
VII. RESULTADOS ESPERADOS.....	26
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
IX. REFERÊNCIAS .....	28

## **I. INTRODUÇÃO**

### **I. 1 Identificação do município**

Delfim Moreira está localizado no estado de Minas Gerais a 434 km de Belo Horizonte. Não temos Coordenador da Atenção Básica e nem Coordenador da Atenção à Saúde Bucal. Segundo o IBGE a comunidade contava, em 2010, com 7.971 moradores.

### **I. 2 Históricos do município**

O Município de Delfim Moreira se iniciou, primeiramente, a partir da mineração. Sua fundação se deu por volta de 1703 – 1705. Seu fundador foi Miguel Garcia Velho. Seu primeiro nome foi Minas Novas do Itajubá. Em 1762 o arraial foi elevado à condição de freguesia pelo Bispo de São Paulo, Dom Frei Antônio da Madre de Deus, passando a ser chamado oficialmente por Descoberto de Itajubá. Em 1819, o Padre Lourenço da Costa Moreira assumiu a direção paroquial, e nessa ocasião, as minas de ouro da freguesia do Descoberto de Itajubá já se encontravam esgotadas. Em 1842, através da Lei Provincial nº 239 o Descoberto de Itajubá passou a se chamar Soledade de Itajubá, em reverência a Nossa Senhora da Soledade padroeira da capela fundada quando simples povoado. No Decreto-lei nº 148 seu nome passou a ser Delfim Moreira, devido ao nome do eminente homem público mineiro que foi Delfim Moreira<sup>1</sup>.

Inicialmente Delfim Moreira teve como principal atividade econômica à extração do ouro, porém foi um período que trouxe mais pobreza do que riqueza. Esgotado o ouro, seus moradores passaram a viver da agricultura de subsistência do milho, feijão, fumo, criação de gado e suínos. A fruticultura já era praticada desde o final da mineração. No século XX com a instalação das fábricas de polpas, passa-se a aproveitar mais a produção de marmelos da região. Até 1970, a base da economia passa a ser na fruticultura e na indústria de polpas de frutas. A pecuária leiteira sempre foi importante base econômica da cidade. Nos últimos anos o turismo vem ganhando importância na cidade<sup>1</sup>.

O município conta com três equipes de Saúde da Família: duas equipes de zona rural: a Equipe Novos tempos com 1.616 moradores e a Equipe Ação e Participação

com 2.710 moradores, e uma equipe da zona urbana que é a Equipe Mais Vida que é responsável por 3645 indivíduos. Dessa forma atualmente o município possui 100% de cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família – ESF.

### **I. 3 Descrições do município**

#### **I. 3.1 Aspectos Geográficos**

O território total é de 408,473 Km<sup>2</sup>, sendo 65% dele de zona rural. O número total de famílias é de 1.705 e de domicílios é 3.349.

#### **I. 3.2 Aspectos Socioeconômicos**

O município de Delfim Moreira é caracterizado segundo os aspectos socioeconômicos da seguinte maneira:

- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,669<sup>1</sup>.
- Taxa de Urbanização: 37,95%<sup>1</sup>;
- Renda Média Familiar Urbana: 1.972,78<sup>1</sup>;
- Renda Média Familiar Rural: 1.209,61<sup>1</sup>;
- Porcentagem de Abastecimento de Água Tratada: 40,1%<sup>1</sup>;
- Porcentagem de recolhimento de esgoto por rede pública é 68,9 %<sup>1</sup>;
- Atividades Econômicas: agropecuária<sup>1</sup>.

### I. 3.3 Aspectos Demográficos

Com seus 7.971 habitantes, o município apresenta uma densidade demográfica de 19,51 hab./km<sup>2</sup><sup>1</sup>. Desse total, 4.188 (52,54%) são homens e 3.783 (47,46%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o exposto abaixo:

**QUADRO 1-** Distribuição da população do município de Delfim Moreira segundo faixa etária e sexo.

Idade	Mulheres	Homens
Menos de um ano	37	60
1 a 4 anos	185	190
5 a 9 anos	273	291
10 a 14 anos	401	389
15 a 19 anos	312	386
20 a 49 anos	1674	1872
50 a 59 anos	424	491
60 anos e +	477	509
<b>TOTAL</b>	<b>3783</b>	<b>4188</b>

FONTE: Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB

Outros dados demográficos importantes são:

- Taxa de Crescimento Anual: 0,08% <sup>1</sup>.
- Taxa de Escolarização: 69,7% <sup>1</sup>.
- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 2,23%<sup>1</sup>.
- Nível de alfabetização: 91,50<sup>1</sup>.
- População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 100%.

#### **I. 4 Sistema Local de Saúde e UBS**

O município possui um Conselho Municipal em Saúde (CMS), porém a grande dificuldade é de representação participativa, principalmente, por parte da sociedade civil. As reuniões do CMS acontecem uma vez por mês, não em local próprio e sim na secretaria de saúde. Uma das conquistas que foram feitas recentemente é a proposta de lei de acesso à informação (LAI) nas unidades de saúde. Deve ser afixado na entrada de cada setor de saúde um quadro detalhado do servidor, tendo nome completo, horário e dias de atendimento. Assim, facilita a fiscalização da população. A conferência de saúde ocorre a cada dois anos, o próximo encontro será em 2015.

O horário de funcionamento das ESFs é das 08h00min até as 16h00min de segunda a sexta. Para cada equipe existe uma sede, e para todas as sedes existem pontos de apoio, menos para a equipe da zona urbana que está alocada na parte central da cidade juntamente com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e um Pronto Atendimento (PA). A UBS atende algumas especialidades como: pediatria, ginecologia, nutricionista, psicóloga, dentista e clínico geral e funciona de segunda a sexta das 08h00min as 17h00minh. O PA funciona 24h e atende casos de urgência e emergência.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF encontra-se em processo de construção. A referência em atendimento de Média e Alta Complexidade é o município de Itajubá – MG, localizado a 26 km de Delfim Moreira. O sistema de referência e contra referência deixa muito a desejar e isso é dificultado ainda mais pela distância entre a atenção primária e as demais atenções.

#### **I. 5 Recursos da Comunidade**

O município não possui hospitais, nem clínicas. Os exames complementares de imagem e laboratório são feitos em Itajubá, sendo estes últimos viabilizados por meio de um ponto local de coleta e encaminhamento.

A população de Delfim Moreira é 100% beneficiada com energia elétrica, porém isso não acontece quando nos referimos ao abastecimento de água tratada como

já citado acima. Os serviços de correios e bancos só estão disponíveis na zona urbana e em um bairro da zona rural, a Barra.

## **II. JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pelo grande número de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, pelas complicações oculares graves e irreversíveis que essas doenças crônicas podem causar, pelo baixíssimo número de consultas oftalmológicas disponíveis mensalmente na atenção secundária para os usuários do nosso serviço e pela falta de equipamentos necessários e profissionais devidamente treinados para realização de fundoscopia na atenção básica.

### **III. OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de patologias oculares em pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde de Família Mais Vida do Município de Delfim Moreira.

#### **IV. METODOLOGIA**

Neste trabalho será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Será realizada uma breve revisão bibliográfica com os seguintes descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus, oftalmopatias, atenção básica á saúde, retinopatia diabética, retinopatia hipertensiva, oftalmoscopia.

## V. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença com características sistêmicas que ocorre em cerca de 6 a 7% da população brasileira. Está entre as principais causas de cegueira irreversível no Brasil e no mundo. As complicações oculares são frequentes e graves no paciente diabético, e a retinopatia diabética (RD) é a mais comum, presente em 29 a 40% dos doentes diabéticos. Cerca de 50% dos pacientes com 10 anos de diabetes e de 60 a 80% com mais de 15 anos da doença têm retinopatia<sup>2</sup>.

Já os Hipertensos, segundo o Ministério da Saúde, que em 2006 representavam 21,5% da população brasileira, em 2009 passou a representar 24,4%. A retinopatia hipertensiva também está entre as principais causas de retinopatias acometendo cerca de 15% dos pacientes<sup>3, 4,5</sup>.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde o acompanhamento oftalmológico dos pacientes portadores de HAS e DM deve ser anual a partir do momento do diagnóstico da doença crônica, quando a realização da fundoscopia não for possível na unidade básica, a fim de prevenir e diagnosticar precocemente possíveis complicações oculares<sup>6</sup>.

## **VI. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **VI. 1 Primeiro passo - Definição dos problemas**

Nesse pouco tempo de atuação na Equipe Mais Vida do município de Delfim Moreira observou-se que existem diversos problemas a serem abordados e discutidos. Após diagnóstico situacional a equipe destacou-se os seguintes problemas:

**Dificuldade no acompanhamento oftalmológico de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).** Nossa área de abrangência possui um número muito grande de Diabéticos e Hipertensos e estes possuem grande dificuldade de acompanhamento oftalmológico, que segundo diretrizes deveriam ser anuais a partir do momento do diagnóstico da doença crônica, a fim de prevenir e diagnosticar precocemente possíveis complicações oculares.

**Localização do PSF no mesmo lugar que a UBS e um Pronto atendimento que funciona 24h.** Essa proximidade faz com que as funções desses diferentes setores se misturem fazendo com que o PSF perca o controle sobre seus usuários e deixe de ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Falta de serviço de triagem.** A triagem é um processo que realmente não funciona em nosso serviço, apesar de termos equipamentos adequado para realização de Manchester e pessoas devidamente treinadas para tal função. Os usuários do serviço estão acostumados a serem atendidos a qualquer hora independente do grau da queixa e os funcionários acatam suas solicitações sobrecarregando, assim, o serviço.

**Uso indiscriminado de benzodiazepínicos.** Um número muito significativo da população faz uso desses medicamentos de forma descontrolada, por um tempo prolongado, sem orientação adequada e, muitas das vezes, não existe critério e nem indicação para tal uso. Tudo isso leva a um dos principais problemas que esses medicamentos causam a dependência.

## VI. 2 Segundo passo - Priorização dos problemas

**QUADRO 2** – Priorização dos problemas no Programa Saúde da Família do município de Delfim Moreira.

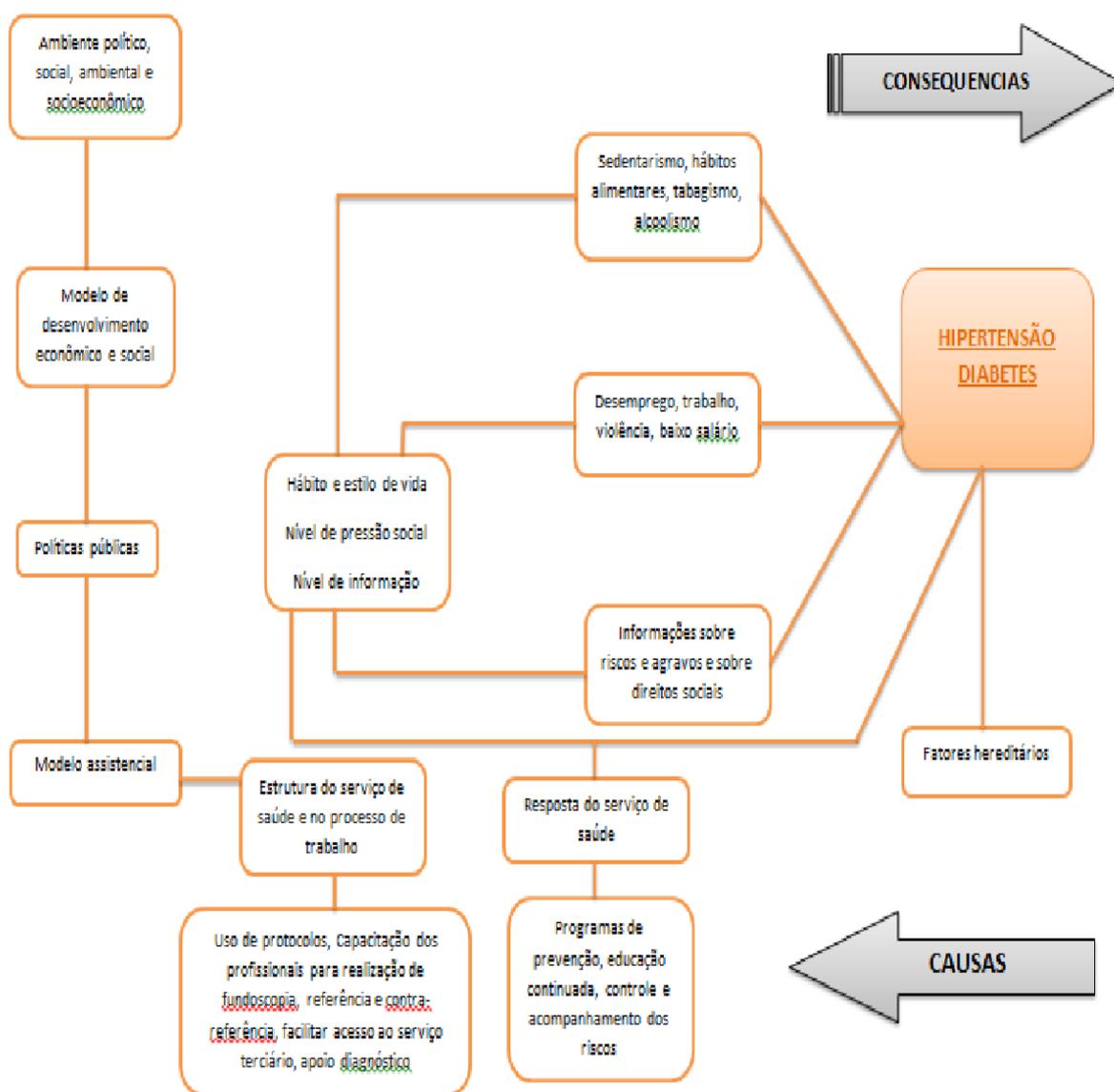
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Dificuldade no acompanhamento oftalmológico de pacientes portadores de HAS e DM	Alta	9	Parcial	1
Falta de serviço de triagem	Alta	8	Dentro	2
PSF com UBS e PA	Alta	7	Fora	3
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	4

### VI.3 Terceiro Passo - Descrição do problema selecionado

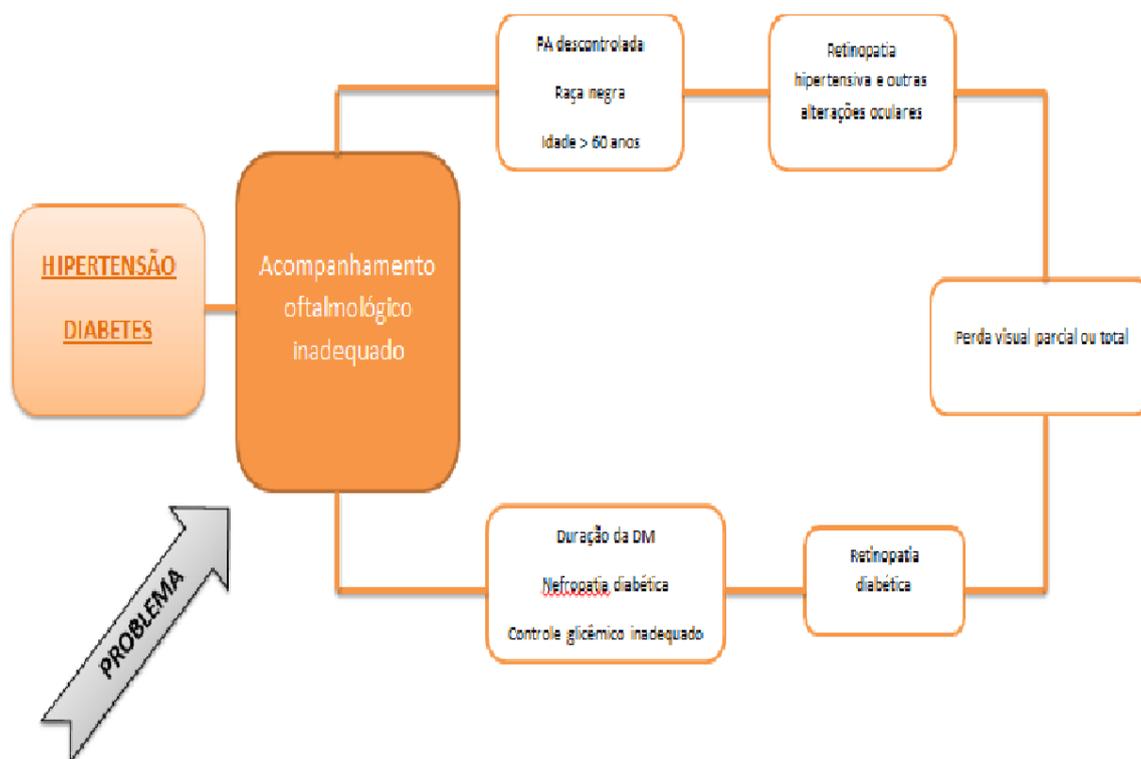
O tema escolhido para ser abordado é a dificuldade de acompanhamento oftalmológico para pacientes portadores de HAS e DM. Os pacientes portadores de HAS e DM pertencentes à área de abrangência da ESF Mais Vida possuem grande dificuldade de acompanhamento oftalmológico, visto que essa área abrange uma população de 3645 indivíduos dos quais 620 são hipertensos e 194 são diabéticos e é disponibilizado mensalmente para todo município de Delfim Moreira apenas uma consulta oftalmológica. Além disso, não existe no município equipamentos adequados e profissionais treinados para a realização do exame de fundoscopia, que é um exame fácil e simples de ser realizado e pode ser feito pelo clínico geral.

## VI. 4 Quarto passo - Explicação do problema selecionado

FIGURA 1 - Explicação do problema selecionado



**FIGURA 2** - Explicação do problema selecionado



### **VI. 5 Quinto passo - Identificação dos nós críticos**

- 1 - Falta de instrumentos necessários para a realização da fundoscopia na atenção básica;
- 2 - Falta de profissionais capacitados para realizar a fundoscopia na atenção básica;
- 3 - Falta de seguimento de protocolos;
- 4 - Atenção secundária sobrecarregada.

Foram identificados no município de Delfim Moreira nós críticos que dificultam o adequado acompanhamento oftalmológico de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Dentre eles os principais são: falta de instrumentos necessários para a realização da fundoscopia na atenção básica; falta de profissionais capacitados para realizar a fundoscopia na atenção básica; falta de seguimento de protocolos e atenção secundária sobrecarregada. As ações relativas a cada nó crítico serão relatadas nos quadros a seguir.

## VI. 6 Sexto passo – Desenho das operações

### QUADRO 3 - Desenho das operações.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de instrumentos necessários para a realização da fundoscopia na atenção básica	<b>PROJETO VIVER</b> Comprar oftalmoscópios para realização de fundoscopia na atenção básica	Realizar avaliação oftalmológica anual de no mínimo 90% da população de hipertensos e diabéticos	Compra de aparelhos	Financeiro: aquisição de aparelhos.  Político: articulação Inter setorial.
Falta de profissionais especializados para realizar a fundoscopia na atenção básica	<b>PROJETO OLHOS SAUDÁVEIS</b> Capacitar profissionais para a realização do exame de fundoscopia	Diminuir o índice de complicações e sequelas oftalmológicas em pacientes portadores de HAS e DM	Capacitação de profissionais e educação continuada.	Cognitivo: informações sobre o tema.  Organizacional: organizar grupos de capacitação.  Políticos: articulação Inter setorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para

				estruturar o serviço.
Falta de seguimento de protocolos	<b>UMA VISÃO PROTOCOLADA</b> Seguir protocolos para encaminhamentos	Diminuir gastos públicos	Implantação de projetos diretriz	Cognitivo: informações sobre o assunto.  Organizacional: formar uma equipe capacitada para construção do protocolo.
Atenção secundária sobrecarregada	<b>MAIS VISÃO PARA O PSF</b> Diminuir a demanda encaminhada para atenção secundária	Consultas especializadas destinadas àqueles que realmente necessitam	Triar os pacientes com alterações oftalmológicas que necessitam de avaliação no setor secundário.	Organizacional: seguimento de protocolos e educação continuada e permanente para os profissionais de saúde

## VI. 7 Sétimo Passo – Identificação dos recursos críticos

### QUADRO 4 - Identificação dos recursos críticos.

Operação/projeto	Recursos críticos
Projeto ViVER	Financeiro: aquisição de aparelhos oftalmológicos; Político: articulação Inter setorial.
Projeto Olhos Saudáveis	Político: articulação Inter setorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço.
Uma Visão Protocolada	Organizacional: criar protocolos para uniformizar o serviço
Projeto Mais Visão para o PSF	Organizacional: seguimento de protocolos e educação continuada e permanente para os profissionais de saúde.

## VI. 8 Oitavo passo – Análise de viabilidade do plano

**QUADRO 5 - Análise de viabilidade do plano.**

Operação /projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Projeto ViVER	Financeiro: aquisição de aparelhos oftalmológicos;  Político: articulação Inter setorial.	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessário
Projeto Olhos Saudáveis	Político: articulação Inter setorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço.	Prefeito do Município  Secretário de Saúde  Fundo municipal de saúde	Indiferente  Indiferente  Indiferente	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas comprovando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município
Uma Visão Protocolada	Organizacional: Criar de protocolos para uniformizar o serviço.	Diretor da Saúde	Favorável	Não é necessário
Projeto Mais Visão para o PSF	Organizacional: seguimento de protocolos e educação continuada e permanente para os profissionais de saúde	Diretor da Saúde  Secretário de saúde	Favorável	Não é necessário

## VI.9 Nono passo – Elaboração do plano operativo

**QUADRO 6 - Elaboração do plano operativo.**

Operação	Resultados Esperados	Pro Endemias e Epidemias adultas	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto ViVER	Realizar avaliação oftalmológica anual de no mínimo 90% da população de hipertensos e diabéticos	Compra de aparelhos		Celiandro	3 a 5 meses.
Projeto Olhos Saudáveis	Diminuir o índice de complicações e sequelas oftalmológicas em pacientes portadores de HAS e DM	Capacitação de profissionais e educação continuada	Apresentar o projeto com as altas estatísticas encontradas mostrando a necessidade e a repercussão positiva que tal serviço trará para o município	Natália e Gabriela	3 meses para apresentação do projeto; De 3 meses a 8 para capacitação; início das atividades em 8 meses.
Uma Visão Protocolada	Diminuir gastos Públicos	Implantação de projetos diretriz		Adriana e Celiandro	Prazo de 5 meses
Projeto Mais Visão para o PSF	Consultas especializadas destinadas àqueles que realmente necessitam	Triar os pacientes com alterações oftalmológicas que necessitam de avaliação no setor secundário		Gabriela e Natália	Início das atividades em 8 meses.

## VII. RESULTADOS ESPERADOS

Com a elaboração e implantação do plano de intervenção, espera-se obter os resultados expressos no quadro 8. Para isso é necessário um trabalho Inter setorial e multiprofissional. Os princípios do SUS devem estar bem consolidados. Os pacientes necessitam de acompanhamento integral com visitas domiciliares de rotina, agendamento de consultas periódicas e acesso imediato ao profissional de saúde em caso de agudização de sua doença para manter sua patologia compensado e, assim, evitar complicações. É necessário também uma educação continuada que pode ser aplicada, por exemplo, através do programa Hiperdia, tanto da população quanto dos profissionais de saúde para que estes estejam informados sobre a doença e saibam esclarecer possíveis dúvidas dos pacientes e para que os pacientes tenham conhecimento de sua patologia e seus agravos. O acesso a exames laboratoriais e de imagem, assim como ao setor secundário e terciário deve ser priorizado quando necessário e o sistema de referência e contra referência deve ser eficaz a fim de manter a atenção primária informada sobre todos os procedimentos e condutas estabelecidas.

### QUADRO 7 - Resultados esperados após a implantação do plano.

Resultados esperados
1 - Realizar avaliação oftalmológica anual de no mínimo 90% da população de hipertensos e diabéticos.
2- Diminuir o índice de complicações e sequelas oftalmológicas em pacientes portadores de HAS e DM.
3 - Diminuir gastos públicos.
4 - Direcionar as consultas especializadas àqueles portadores de doenças crônicas que realmente necessitam do setor secundário.

## **VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Atenção primária tem a capacidade de resolver a maior parte dos problemas de uma comunidade, sendo a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). O percentual de pacientes portadores de DM e HAS é bem significativo e tende a aumentar cada vez mais, aumentando, conseqüentemente as patologias oftalmológicas decorrentes dessas doenças crônicas. Portanto, cabe ao setor primário identificar estes pacientes, estabelecer vínculo e acompanhar seu tratamento.

Para o adequado acompanhamento, já que as doenças crônicas em questão são grandes causadoras de alterações oculares, é necessário que ações sejam implantadas na atenção básica como, compra de oftalmoscópios para realização de fundoscopia, capacitação dos médicos para a realização do exame de fundoscopia, seguimento de protocolos para encaminhamentos e diminuição da demanda encaminhada para atenção secundária. Uma vez implantada tais ações será possível prevenir e diagnosticar precocemente patologias oculares dando-os possibilidade de tratamento precoce quando necessário.

## IX. REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 agosto2014.
- 2 - SOUZA E. V.; SOUZA N. V.; RODRIGUES M. de L. V. **Retinopatia diabética em pacientes de um programa de atendimento multidisciplinar do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP**. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2004; 67:433-6 [citado em 10 ago. 2014] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492004000300012&lng=pt&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000300012&lng=pt&userID=-2)
- 3 - JACOMINI C. Z. , HANNOUCHE R. Z. **Retinopatia hipertensiva**. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2001;8: 321-27 [citado em 10 ago. 2014] Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/retinopatia.pdf>
- 4 - SILVA A. P. B. ; SILVA A. V. B. ; HERKENHO F. L. **Retinopatia hipertensiva: Revisão**. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2002; 65:487-93 [citado em 10 ago. 2014] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v65n4/11581.pdf>
- 5 - ARAGÃO R.E.M. ; FERREIRA B. F. de A.; PINTO H. S. R. **Manifestações oculares de doença sistêmica: retinopatia hipertensiva**. [Internet]. [ citada em 10 ago. 2014] Disponível em: [http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed\\_-\\_retinopatia\\_hipertensiva.pdf](http://www.ligadeoftalmo.ufc.br/arquivos/ed_-_retinopatia_hipertensiva.pdf)
- 6 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Caderno de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus protocolos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

