



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ADRIANA CANDIDA DE CASTRO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE

SÃO PAULO  
2018

ADRIANA CANDIDA DE CASTRO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: RITA DE CÁSSIA COSTA DA SILVA

SÃO PAULO  
2018

## **Introdução**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como "uma condição clínica caracterizada por valores de pressão arterial elevados e sustentados em níveis maiores de 140 x 90mmHg, algumas vezes relacionada com alterações funcionais e estruturais em órgão alvo" (BRASIL, 2014, p. 19).

Já a Diabetes Mellitus (DM) "é um transtorno metabólico, caracterizado por aumento da glicemia, alteração no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas ocasionados por defeitos na secreção ou ação da Insulina" (BRASIL, 2014, p.19).

De acordo com dados do Ministério da Saúde ambas (DM e HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise (BRASIL, 2014). Assim, conforme Harrison et al. citado por Longo et al.(2013), as mortes devido às complicações tanto por DM quanto HAS podem ser reduzidas por procedimentos de vigilância oportunos e consistentes.

Estudos realizados por Pimenta e Caldeira (2014) identificaram que a combinação de vários fatores de riscos como: dislipidemias, diabetes mellitus, tabagismo, entre outros, em um mesmo paciente, predispõe à maior chance de doenças cardiovasculares do que o mesmo de forma isolada. Além disso, a associação desses mesmos fatores são prevalentes na Atenção Básica, evidenciando que esses pacientes não estão sendo acompanhados de forma estratificada, indicando que a ferramenta estratificação de risco poderia grande utilização.

O usuário com doenças crônicas está em constante busca por atendimento nas unidades de saúde por vários motivos como: renovações de receitas, verificação de pressão arterial ou glicemia, atendimentos de agudização de sua condição crônica (BRASIL, 2011).

A estratificação de risco é uma estratégia que vem sendo utilizada na Atenção Primária em Saúde "para que a rede de serviços (...) possa ofertar a atenção correta às distintas necessidades das pessoas com custo-efetividade e qualidade assistencial" (BRASIL, 2011, p. 31).

Conforme Paula et al. (2013) a estratificação se realiza por meio do Score de Framingham que tem se mostrado um método na avaliação de risco cardiovascular e avalia o risco para doença coronariana em 10 anos com base nos seguintes critérios: idade, pressão arterial sistólica, colesterol total, HDL, tabagismo e tratamento antihipertensivo.

A estratificação de risco significa agrupar, ordenar. Em se tratando de doenças crônicas significa reconhecer que as pessoas tem diferentes graus de vulnerabilidade/risco, podendo ser considerados leve, moderado ou grave. A importância de estratificar está em saber que a necessidade de cada paciente é diferente, de acordo com o risco que apresenta. Assim, as respostas oferecidas pela unidade básica de saúde para as necessidades dessas pessoas, tanto em ações coletivas quanto individuais, serão diferentes e os recursos dos serviços poderão ser melhor utilizados (BRASIL, 2011).

No município de São João de Iracema (SP) a situação não é diferente. A Unidade de Saúde registra grande número de pessoas hipertensas e diabéticas, sem que até o momento tenha sido realizado estratificação de risco de hipertensos e diabéticos. Isso impede a identificação e prioridade no atendimento dos usuários considerando suas necessidades de saúde, a partir de critérios de estratificação de risco.

O município possui 1.832 habitantes, dos quais 242 são hipertensos e 96 diabéticos. Em apenas um semestre foram realizadas na Unidade Básica de Saúde 6.047 consultas, com uma média mensal de 1.007 consultas (0,5 consulta/hab ao mês). O parâmetro estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) como ideal para o município é de 0,15 consultas/hab/mês. Como não existe a estratificação de risco os pacientes buscam atendimento para obter receitas, pedidos de exames, sem acompanhamento e sem critérios clínicos. Desta forma não é possível um bom acompanhamento ao usuário, sendo que a ausência de um cuidado continuado gera consultas desnecessárias, o que provoca problemas com o agendamento, que não adota critérios de necessidade.

Diante dessa realidade é necessário implantar a estratificação de risco de DM e HAS no município de São João de Iracema (SP), para diminuir a demanda de consultas por busca de receitas de uso contínuo e demais anseios citados anteriormente.

A estratificação de risco facilitará o acolhimento, acompanhamento do quadro clínico dos pacientes, a continuidade do cuidado, e melhor abordagem pela equipe de saúde. Consequentemente obteremos melhoras de indicadores básicos de saúde como: redução do número de hipertensos e diabéticos de alto risco e complicações cardiovasculares, com foco na mudança do estilo de vida da população alvo.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

### **Geral:**

- ♦ Implantar estratificação de risco de hipertensos e diabéticos na UBSF II Ida Francisquini, São João de Iracema (SP).

### **Específicos:**

- ♦ Agendar consultas para grupo de hipertensos e diabéticos;
- ♦ Identificar fatores de risco cardiovasculares como: idade, tabagismo, dislipidemias;
- ♦ Identificar pacientes que possuam lesão em órgão alvo (LOA);
- ♦ Identificar condições clínicas associadas como: doença cardiovascular, acidente vascular encefálico;
- ♦ Realizar anamnese, exame físico e exames específicos para proceder a estratificação de risco (baixo, moderado, alto);
- ♦ Realizar acompanhamento dos pacientes conforme o risco identificado.

## **Método**

**Local:** Unidade Básica de Saúde II Ida Francisquine, São João de Iracema (SP).

São João de Iracema (SP) possui uma população de 1.832 habitantes. O município foi emancipado em 30 de novembro de 1991. Inicialmente a administração municipal dedicou-se a solucionar o problema de falta de moradia que afetava a população local. Posteriormente, se investiu em educação e saúde, que é o foco até os dias de hoje. O lazer da população se resume principalmente em reuniões na praça pública, somados a campeonatos de futebol que movimentam a cidade. A principal fonte de renda da população são empregos na Prefeitura Municipal, trabalho em roça de laranja e serviços domésticos. A população em geral vive em situação de pobreza buscando sempre a melhoria.

Em relação à Saúde a cidade conta com uma Unidade Básica de Saude (UBSF II Ida Francisquini) que está estruturada da seguinte maneira: sala de recepção com prontuários, sala de espera, gerência, sala de ACS, farmácia, quatro consultórios, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de coletas, sala de nebulização, sala de curativo, consultório odontológico, sala de lavagem e descontaminação, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.

**Público-alvo:** Pessoas com diabetes e hipertensão, sendo 242 hipertensos e 96 diabéticos.

**Participantes:** Gestora municipal de saúde e profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Dentre os profissionais se inclui: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS).

### **Ações:**

- ♦ Agendar consultas para grupos de pessoas com hipertensão e diabetes;
- ♦ Identificar fatores de risco cardiovasculares como: idade, tabagismo, dislipidemias;
- ♦ Identificar pacientes que possuam lesão de órgão alvo (LOA);
- ♦ Identificar condições clínicas associadas como: doença cardiovascular, acidente vascular encefálico;
- ♦ Realizar anamnese, exame físico e exames específicos para proceder a estratificação de risco (baixo, moderado e alto);
- ♦ Realizar acompanhamento dos pacientes conforme risco identificado.

### **Detalhamento das Ações em etapas:**

Será realizada reunião com a Gestora Municipal e profissionais de saúde para promover melhor adesão ao projeto e compreensão da importância do mesmo para estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, tanto para os demais pacientes adscritos à UBS.

Após realizar levantamento de dados sobre o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no município se procederá com agendamento de 10 a 20 pacientes por dia, uma ou duas vezes por semana. O atendimento será individual e os pacientes serão previamente avisado, para que compareçam no dia e horário previamente estabelecido.

Durante o atendimento individual será preenchida ficha com dados de identificação (filiação, idade, sexo) e se interrogará sobre hábitos como tabagismo e antecedentes pessoais. Serão solicitados exames (HDL, LDL, colesterol total), por meio dos quais se identificará dislipidemias.

A identificação de pessoas com LOA será realizada por meio inquérito durante a consulta com preenchimento dos seguintes dados: antecedentes patológicos e resultados de exames específicos relacionados a cada órgão afetado.

A identificação de condições clínicas associadas será realizada por meio de anamnese buscando antecedentes patológicos, sequelas identificadas no exame físico e contrarreferências de especialistas.

A estratificação de risco será realizada por meio de consulta médica em que serão registrados os seguintes dados: filiação, antecedentes pessoais, familiares e patológicos, queixas atuais, exame físico contendo dados antropométricos (peso, altura), sinais vitais (pressão arterial, principalmente), solicitação de exames (perfil lipídico, glicemia de jejum, hemoglobina glicada). Após coletar os dados será preenchida a planilha de score de Framingham e realizada a estratificação de risco.

Posteriormente à estratificação de risco serão agendadas consultas programadas e sistematizadas de acordo com o risco de cada paciente, com base na ficha individual, para renovação de receitas, realização de exames de rotina, e acompanhamento de condições associadas.

### **Avaliação e Monitoramento:**

Posterior a estratificação cada paciente terá uma ficha individual contendo seus respectivos tratamentos, medicamentos e datas para retorno. Assim o projeto será avaliado por meio dos retornos e consultas dos pacientes, que serão realizadas de acordo com cada risco estratificado sendo possível mensurar a efetividade da implantação de estratificação de risco para hipertensos e diabéticos na UBSF II Ida Francisquini.

## **Resultados Esperados**

O projeto de intervenção trará melhorias, tanto para o paciente, quanto para o processo de trabalho executado na Unidade de Saúde, já que com a estratificação de risco e melhor seguimento dos casos a longo prazo, poderão ser reduzidos gastos em saúde, diminuir sequelas ocasionadas por tais doenças e aumentar a expectativa de vida da população adscrita.

Espera-se, portanto, uma redução da demanda espontânea por busca de receitas de uso contínuo. Conseqüentemente haverá tempo e disponibilidade da equipe organizar para realização de ações de promoção de saúde, prevenção e de estímulo ao autocuidado, segundo risco cardiovascular estratificado.

Os processos de trabalho envolverão a adequação de cuidados individuais ou coletivos, considerando que risco baixo e moderado se beneficiam mais de atividades coletivas em comparação ao risco alto, que necessita de ações individuais para garantir adesão ao tratamento.

Espera-se, ainda, garantir o fornecimento de medicamentos segundo os protocolos do Programa Hiperdia, a partir da sistematização de pedidos de exames, com melhoria da relação médico-paciente .

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saude. **Acolhimento à demanda espontanea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Cadernos de Atenção Básica, n. 28).

LONGO, Dan et al. **Medicina interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PAULA, Elaine Amaral et al. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2013, p. 1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt\\_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0820.pdf). Acesso em 24 ago. 2018.

PIMENTA, Henderson Barbosa; CALDEIRA, Antônio Pirates. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601731&lng=pt&tIng=pt). Acesso em: 24 ago. 2018.